

Soins de santé primaires

Les pratiques professionnelles en France et à l'étranger

Bibliographie thématique

Avril 2022

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

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

Sommaire

En guise d'introduction : vers une définition des soins primaires	3
Sociologie de la profession médicale et études d'ensemble	4
Démographie médicale : une grande disparité territoriale	31
UN PANORAMA DE LA PROFESSION	31
Les études statistiques	31
Les travaux de l'ONDPS	38
Autres études et rapports.....	45
L'Irdes dans cette problématique	70
ÉTUDES PROSPECTIVES SUR LA PROFESSION.....	82
Les aspects organisationnels de la profession	87
LES RELATIONS CONVENTIONNELLES : DE L'OPTION MEDECIN REFERENT AU MEDECIN TRAITANT	87
LES MODES D'EXERCICE : DE L'EXERCICE EN CABINET MEDICAL AU TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL	101
La place de l'Irdes dans cette problématique.....	101
Autres études	116
LE TRANSFERT DE COMPETENCE ET LA DELEGATION DE TACHE	147
LES FILIERES DE SOINS : DU RESEAU DE SOINS COORDONNES AU PARCOURS DE SOINS.....	162
Les réseaux de soins coordonnés.....	162
Filière et parcours de soins	185
Revenus et modes de rémunération : du paiement à l'acte à la rémunération à la performance.....	211
LES REVENUS	211
LA REMUNERATION A LA PERFORMANCE	234
L'observation de la pratique	245
LE CONTENU DE LA PRATIQUE	245
LA VARIABILITE DE LA DECISION MEDICALE	270
LE COMPORTEMENT DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE	280
LE COMPORTEMENT DE PRESCRIPTION	301
LES RELATIONS MEDECINS MALADES.....	329
LES REFUS DE SOINS	351
La prise en charge de la pandémie de Covid-19 par les médecins généralistes.....	357
Quelques études internationales sur les soins primaires.....	361
Ressources électroniques sur les soins primaires	406
FRANCE	406
A L'INTERNATIONAL	408

En guise d'introduction : vers une définition des soins primaires

Définis par l'Organisation mondiale de la santé, (OMS) à [Alma Mata en 1978](#), les soins de santé primaires (« soins de premier recours », « primary (health) care », « Erste Ligne ») viennent d'être réaffirmés par [la déclaration d'Astana en 2018](#)¹ comme la pierre angulaire de tous les systèmes de santé. Ils répondent à un objectif de justice sociale et doivent garantir à tous un égal accès aux soins².

Il existe trois modèles types de soins primaires :

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

Si la définition des soins primaires est bien établie au niveau international, elle a été plus difficilement consensuelle en France et a laissé la place à de nombreuses interprétations. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST)³ a donné en 2009 une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ».

Les soins de premier recours comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

La loi HPST a également renforcé le processus de territorialisation du système de soins avec la création d'agences régionales de santé (ARS). Ces agences qui possèdent des compétences élargies au secteur ambulatoire et au secteur médico-social, disposent de leviers d'action comme la définition des schémas d'organisation des soins ambulatoires (non opposables), l'organisation de la permanence des soins, la possibilité de contractualiser avec des regroupements de professionnels (centres de santé, maisons de santé, réseaux...). Les ARS sont donc a priori en situation d'articuler les dynamiques professionnelles de réorganisation avec les besoins et la demande des patients. La mise en œuvre de ces objectifs nécessite de développer des outils *conceptuels* (par exemple la définition de la gamme de services à rendre par les différents professionnels fournissant les soins de premier recours) et *opérationnels* (par exemple les indicateurs en terme de temps d'accès, de taux de couverture, de qualité, de définition des territoires de premiers recours, de mécanismes de régulation des pratiques...) permettant d'organiser les soins ambulatoires de premiers recours, mais également leur articulation avec les soins spécialisés, le secteur hospitalier et le secteur médico-social.

Dans la continuité de la Loi HPST, le [Pacte Santé Territoire](#) a créé en décembre 2012 les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). De son côté, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁴ (titre II : faciliter au quotidien le parcours de soins des Français) a redéfini les soins primaires et organisé les soins sur de nouveaux territoires avec de nouvelles instances, en instaurant notamment le service territorial de santé au public.

¹ OMS (2018). [Déclaration d'Astana : global conference on primary health care](#), 25-26 octobre 2018.

² Rawaf S., Maeseneer J., Starfield B. (2008). [From Alma-Ata to Almaty : a new start for primary health care](#). *The Lancet*, 2008/10/14 : 1-3.

³ [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#), JO du 22/07/09

⁴ [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), (Journal officiel du 27 janvier 2016)

La perspective actuelle est donc de considérer les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. En termes de qualité, d'équité et de coût, ils se révèlent particulièrement performants : la littérature scientifique apporte des preuves indiscutables de leur efficacité. L'implantation des soins de santé primaires en France a suscité des résistances dans un système hospitalocentré. Néanmoins, la [Stratégie nationale de santé 2018-2022](#)⁵ et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁶ affichent clairement leur intention d'organiser l'articulation entre la médecine de ville, le médico-social et l'hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins de proximité. Les dispositifs comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁷ sont de nature à concrétiser cette démarche, avec le soutien des plates-formes territoriales d'appui. Cette évolution devrait contribuer à la nécessaire hiérarchisation du système de santé français.

Cependant, les dispositifs de régulation de l'offre de soins ambulatoires conservent le statut de correctifs incitatifs malgré de nombreuses propositions de loi visant à restreindre cette liberté d'installation afin de lutter contre la sousmédicalisation de certains territoires. Le système de la médecine de ville reste fondé sur le principe de la liberté d'installation et d'automatisme de l'adhésion à la convention médicale nationale, corrélé avec le principe de liberté de choix des patients. L'essentiel de la régulation reste réalisé, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'entrée des étudiants en études de médecine⁸. La loi de juillet 2019⁹ prévoit néanmoins de réformer les études médicales et de faciliter les débuts de carrière pour répondre aux enjeux des territoires.

Enfin, si le secteur des soins ambulatoires est déjà l'objet d'initiatives et d'expérimentations d'acteurs multiples dans le contexte français, celles-ci sont peu connues et évaluées, et surtout moins développées que dans les pays qui ont fait le choix de politiques de santé organisées autour des soins primaires. Quelques modèles d'organisation de soins primaires étrangers seront donc abordés en fin de bibliographie.

La recherche bibliographique porte sur la période 2000-2022/03 avec quelques références-clefs sur la période antérieure. Elle a été réalisée sur la base documentaire de l'Irdes, la Banque de données santé publique (BDSP) et le portail Cairn. Les documents sont classés par année, puis par ordre alphabétique d'auteurs.

Le périmètre de la recherche concerne :

- la sociologie de la profession ;
- la démographie ;
- l'organisation des soins et les modes de rémunération ;
- la pratique médicale, son contenu et sa variabilité ;
- la prise en charge de la pandémie de Covid-19.

Sociologie de la profession médicale et études d'ensemble

2021

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

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

⁵ Ministère chargé de la santé (2017). [La stratégie nationale de santé 2018-2022](#).

⁶ [Loi n° 2019-774](#) du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF du 26 juillet 2019

⁷ Instaurées par la [Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018](#) de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁸ Ondsp (2015). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens.

⁹ [Loi n° 2019-774](#) du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF du 26 juillet 2019

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

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

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

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

Gicquel, J. P. (2021). La médecine : un mode de production industriel, Editions Prophylaxies

La médicalisation de la société décrite par Ivan Illich colonise toujours plus les corps et les esprits dans la fuite en avant. Un temps d'arrêt est nécessaire pour se poser des questions : cette médecine n'est-elle pas davantage définie par les assurances et l'industrie pharmaceutique que par elle-même ? Quel lien entretient-elle avec l'Assurance Maladie et pour quel usage ? Qu'entend-on par industrie quand le terme est appliqué à la médecine et à l'hôpital ? Pour comprendre " l'industrialité " de la médecine, l'auteur propose un outil qui décrit les lois tendancielles de son mode de production. Le compte rendu est exhaustif. L'état des lieux n'avait pas été renouvelé depuis Nemesis médicale (1975).

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

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

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

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la

coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ?

Mathieu-Fritz, A. (2021). Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine, Paris : Presses des Mines

Soigner à distance, telle est la promesse de la télémédecine, soudainement devenue une réalité pour nombre de professionnels de santé lors de l'épidémie de Covid-19. Jusqu'alors, sa mise en œuvre paraissait difficile, voire entravée par des politiques sanitaires peu ambitieuses : il a fallu attendre septembre 2018 pour que les actes de téléconsultation soient remboursés par l'Assurance maladie. Mais le lent développement de la télémédecine s'explique aussi par les bouleversements des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins qui l'accompagnent. Pour beaucoup de praticiens, la télémédecine jouit, aujourd'hui encore, d'un statut flou et suscite des interrogations et des problèmes pratiques inédits qu'il importe d'élucider. Ce livre propose une analyse sociologique unique du développement de la télémédecine depuis les années 2010, en adoptant le point de vue des professionnels de santé qui l'expérimentent. L'auteur s'appuie en particulier sur deux terrains d'enquête : un dispositif de télémédecine reliant un hôpital gériatrique à un centre hospitalier universitaire et un dispositif extrahospitalier de téléconsultation en santé mentale. Il lève le voile sur le déroulement des consultations à distance, lors desquelles les praticiens sont privés d'éléments cliniques cruciaux fondés habituellement sur le toucher, la vue rapprochée et l'audition fine, et se confrontent ainsi à des transformations profondes de la relation thérapeutique, mais aussi de la dynamique de la coopération entre professionnels (4^e de couv.)

2020

Cornet, P., Chavannes, B., Oliviera, A. d., et al. (2020). "Concordance des temps. Une grammaire de la temporalité en médecine générale." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 6(5) : 218-224.

<https://www.jle.com/fr/revues/med/e->

[docs/concordance-des-temps-une-grammaire-de-la-temporalite-en-medecine-generale-317123/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/concordance-des-temps-une-grammaire-de-la-temporalite-en-medecine-generale-317123/article.phtml)

Les sociétés de la modernité sont des espaces d'interactions dans lesquels le temps est soumis à un processus d'accélération. Si le temps se réfère habituellement à une durée, la temporalité peut nous rapprocher de la notion de rythme, de tempo. La relation de soin en médecine générale se trouve confrontée à l'accélération technique, sociale et du rythme de vie. Comment concilier, synchroniser, les temporalités respectives de la maladie, de la personne malade, du médecin et de la société ? La temporalité dans le soin peut s'appréhender selon un modèle avec quatre axes : temporalité de la maladie, du patient, du médecin et temporalité sociale. Le temps de la modernité, du fait de l'accélération, est porteur de nuisances potentielles pour les personnes les plus vulnérables au rang desquelles se comptent les malades. La concordance des temps est un défi pour le médecin généraliste qui passe par l'ajustement de sa propre temporalité à celle de la personne malade dans la mise en jeu de ses compétences et le respect des valeurs du patient. En médecine générale, la relation de soin suppose souvent une résistance par décélération afin de se dégager du temps de la modernité.

2019

CNOI (2019). Le livre blanc de la profession infirmière : reconnaître la contribution infirmière au système de santé. Paris CNOI : 36.

Ce livre blanc a pour objectif de faire reconnaître la contribution infirmière au système de santé. Il comprend vingt-six propositions, expression de la volonté de la profession, organisent ce document pour une quête de reconnaissance. Il a été élaboré à partir des résultats de la grande consultation infirmière, un exercice inédit invitant chaque infirmier de France et d'Outre-mer à donner ses idées sur l'avenir de la profession.

Gay, B. et Duhamel, S. (2019). "La situation des soins de santé primaires en France." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **15**(1) : 34-37.

Les soins de santé primaires, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, viennent d'être réaffirmés par la déclaration d'Astana comme la pierre angulaire de tous les systèmes de santé. Si leur définition est bien établie au niveau international, elle a été plus difficilement consensuelle en France et a laissé la place à de nombreuses interprétations. La perspective actuelle est de considérer les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. En termes de qualité, d'équité et de coût, ils se révèlent particulièrement performants : la littérature scientifique apporte des preuves indiscutables de leur efficacité, y compris dans les pays européens. L'implantation des soins de santé primaires en France a suscité des résistances dans un système hospitalocentré. Néanmoins, la Stratégie nationale de santé affiche clairement son intention de s'orienter vers les soins ambulatoires et de structurer les soins de santé primaires. Les dispositifs comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé sont de nature à concrétiser cette démarche, avec le soutien des plates-formes territoriales d'appui. Cette évolution devrait contribuer à la nécessaire hiérarchisation du système de santé français.

2018

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

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

Jager, W. (2018). Médecine de ville : le pari de la jeunesse. Paris Terra Nova : 37, tab., fig.

<https://tnova.fr/societe/sante/medecine-de-ville-le-pari-de-la-jeunesse/>

Bientôt majoritaires dans le corps médical, les jeunes médecins ne bénéficient pas aujourd'hui d'une véritable représentation dans les lieux de négociation et de décision sur la politique de santé. En effet, le processus électoral qui définit les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics tend à les exclure de la représentation collective. Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont de facto écartés des négociations conventionnelles car leurs débuts de carrière ne ressemblent pas à ceux de leurs aînés. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention, qui s'appliquera à leur activité, sans que les nouveaux arrivants aient pu se prononcer à son sujet. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils en sont écartés, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants. Or ce sont bien les jeunes que l'on mobilise dès qu'il s'agit d'instituer un rapport de force avec les pouvoirs publics ; eux à qui l'on pense lorsque sont imaginées des solutions pour apaiser les maux de notre système de santé (déserts médicaux notamment). La présente note ouvre des perspectives pour donner aux nouvelles générations de médecins les moyens d'agir. C'est indispensable si l'on tient à enrayer la baisse du temps médical disponible dans un contexte où les besoins de santé ne cessent d'augmenter (tiré du texte).

Lucas, J. et Uzan, S. (2018). Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins : 66.

Ce livre blanc explore notamment l'impact actuel et futur des nouvelles technologies pour l'exercice de la médecine, pour la formation initiale et continue des médecins, pour la recherche médicale, et pour la place des patients dans le système de santé. Plus généralement, il appelle à « identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne ». Dès lors, le Conseil national de

l'Ordre des médecins, pour « accompagner l'ensemble de la profession, dans la diversité de ses exercices », pour « renforcer sa collaboration avec les patients », et pour assurer que les nouvelles technologies soient réellement mises « au service de la personne et de la société », émet 33 recommandations.

2017

Ayme, S. (2017). "La médecine prédictive vingt ans après." Actualite Et Dossier En Sante Publique(100) : 13-16.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xkmH7. Diffusion soumise à autorisation]. En 2001, la revue Adsp consacrait un dossier à la médecine prédictive et aux espoirs ou craintes qu'elle suscitait, sans toutefois surestimer l'impact potentiel en santé publique des nouvelles connaissances issues du génome. Pourtant la tendance était à la surévaluation de la valeur prédictive des tests, à la croyance dans la contribution majeure du patrimoine génétique à la survenue des maladies. Aujourd'hui la science a progressé, on parle moins de médecine prédictive, et plus de médecine de précision, de médecine personnalisée.

Begue, P. (2017). La médecine scolaire en France. Paris Académie Nationale de Médecine : 17.

Dans ce nouveau rapport, l'Académie de médecine déplore la pénurie de médecins de l'Education nationale en France. Pour y remédier, elle préconise de recadrer leur activité dans un statut de médecins de la prévention, d'assurer l'examen de santé pour tous les enfants de 6 ans, de réviser la gouvernance par la création d'un comité exécutif entre les ministères de l'EN et de la Santé, d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale, et de mettre en place un système de santé scolaire organisé basé sur les personnels de la santé scolaire et les enseignants formés à cet effet.

Benamouzig, D. et Alla, F. (2017). "Développer la recherche en services de santé." Questions De Sante Publique(33) : 4.

[BDSP. Notice produite par EHESP H9qR0xoq. Diffusion soumise à autorisation]. Les systèmes de santé européens sont confrontés à des transformations majeures des modes de prise en charge, dans un contexte de développement des maladies chroniques et de vieillissement de la population. Cette transition épidémiologique se double d'une transition organisationnelle et plus largement sociale. Ces changements exigent des nouvelles connaissances et de nouvelles évaluations plus précises des services de santé, souvent situées et comparatives. La recherche sur les services de santé s'affirme comme un enjeu stratégique pour les années à venir.

Bourgueil, Y. (2017). "L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ? Editorial." Sante Publique 29(6) : 777-779.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-p-777.htm>

Les systèmes de santé font l'objet de réformes régulières qui ont pour but de maintenir leur capacité à assumer leurs rôles préventifs, curatifs et palliatifs en intégrant les progrès des sciences médicales et sociales dans un contexte de solidarité nationale. Les contraintes sont multiples et se sont accrues ces dernières années ; financière en premier lieu mais également démographique et épidémiologique. L'accélération de la transformation des organisations de soins se traduit par des réformes à court terme par exemple avec les mesures visant à maintenir une offre de soins en zone déficitaire et lutter contre le renoncement aux soins mais également des actions à moyen et long termes comme l'augmentation de la ressource humaine en santé et les réformes des processus de sélection et de formation des professionnels de santé.

Charpak, Y. (2017). "Les médecins en 2017. Des carrières bouleversées par les changements dans le système de santé ?" Actualite Et Dossier En Sante Publique(100) : 65-69.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x98I9F. Diffusion soumise à autorisation]. L'exercice médical évolue sans cesse. Face notamment aux nouvelles technologies, aux patients de plus en plus formés et informés, les médecins doivent ajuster leurs pratiques. Les modes d'exercice se diversifient aussi, avec, de plus en plus, des activités plurielles. Voici un éclairage sur cette évolution à travers des témoignages de professionnels.

Delbrouck, M. (2017). "Le burn-out du médecin soignant." *Sens-Dessous* 19(1) : 5-18.

<https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2017-1-page-5.htm>

Les origines du burn-out chez le soignant doivent être recherchées du côté d'une mauvaise organisation de l'institution de soins, de la présence de conflits réguliers, d'une mauvaise gestion des budgets alloués, de demandes régulières et sans retour d'amélioration du secteur hospitalier (insuffisance de personnels, facteurs de stress, délais trop courts, urgences, allongement du temps de travail), d'une absence de soutien, d'un manque de reconnaissance etc.

Depauw, C. (2017). *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*, Rennes : Presses de l'EHESP

Régulièrement mises en lumière dans les politiques publiques, la question des inégalités de santé et celle de l'implication du corps médical à ce sujet constituent un enjeu politique majeur dans la prise en charge des publics défavorisés. Pour en comprendre les raisons, cet ouvrage propose une étude sociologique centrée sur les interactions entre le médecin généraliste et ses patients en situation de précarité, afin de comprendre comment certaines pratiques et postures professionnelles peuvent contribuer à réduire ou à renforcer les inégalités sociales et territoriales de santé (organisation spatiale du cabinet, personnalité sociale du médecin, refus de soins discriminatoires...). À l'appui d'une analyse socio-ethnographique de près de 700 consultations effectuées auprès de 8 cabinets médicaux, ce livre apporte un éclairage inédit sur le rôle et les conditions d'exercice des médecins généralistes et les mesures novatrices à mettre en place pour améliorer la prise en charge médicale des personnes précaires (qualité de la relation patient-médecin, implication du médecin dans les dimensions médico-sociales, organisation de la salle d'attente...). Cet ouvrage d'expertise s'adresse aux médecins généralistes et à tous les acteurs investis dans la lutte contre les inégalités sociales de santé : chercheurs, institutionnels (assurance maladie, agences régionales de santé, collectivités...) et professionnels (réseaux, associations caritatives...).

Dumoulin-M, et al. (2017). "Burnout des soignants : comment étendre l'incendie ?" *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* 13(9) : 396-401.

Les différentes manifestations du burnout, sa prévention et son contexte actuel soulignent l'épidémie silencieuse et le déni trop longtemps persistant de la profession médicale et des pouvoirs publics face à la souffrance au travail de certains soignants. Diverses initiatives et propositions de prévention voient le jour, souvent inspirées des expériences à l'étranger, la quasi-totalité des pays dans le monde étant touchée par ce problème, mais l'évolution législative réclamée n'est toujours pas au rendez-vous et le chemin à parcourir pour aider les médecins à rester en bonne santé ou à faire face à la maladie comme à la souffrance semble encore important. Quelle est l'ampleur de ce problème chez les soignants ? Comment définir, repérer et évaluer le burnout ? De nombreuses publications apportent un éclairage sur cette souffrance liée au travail longtemps restée tabou.

Grimaldi, A., et al. (2017). *Les maladies chroniques : vers la 3e médecine*, Paris : Odile Jacob

Vingt millions de Français souffrent de maladies chroniques, soit un tiers de la population – une véritable épidémie. Hier encore, on mourait de ces maladies, aujourd'hui, elles nous accompagnent toute notre vie. Diabète, cancers, hypertension artérielle, sida, insuffisance respiratoire, mucoviscidose, myopathies, maladies inflammatoires de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde, asthme, lupus, insuffisance rénale, cirrhoses hépatiques, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladies psychiatriques, maladie d'Alzheimer, obésité... La France doit à présent se doter de tous les moyens pour améliorer la vie de tous les patients atteints de ces maladies. Nous sommes entrés dans l'ère de la 3e médecine, véritable médecine de la personne, aux côtés de la médecine des maladies aiguës bénignes et de la médecine

des maladies graves. Pour le patient, une nouvelle façon de vivre ; pour le médecin, une nouvelle façon d'exercer son métier, à l'heure des grandes avancées médicales et technologiques. Soixante-quatorze médecins, patients et experts se sont associés ici pour relever le défi des maladies chroniques.

Pierron, L. et Evennou, A. (2017). La santé à l'heure de l'intelligence artificielle. Paris Terra Nova : 31.
<http://tnova.fr/notes/la-sante-a-l-heure-de-l-intelligence-artificielle>

Le monde de la santé est sûrement l'un des secteurs où les enjeux de l'IA sont les plus importants. Jusqu'où une machine sera-t-elle capable d'analyser, de diagnostiquer et d'apprendre continuellement ? Quelles formes prendront la collaboration ou le partenariat entre l'homme et la machine ? Pourra-t-elle remplacer le professionnel, et si oui dans quelle mesure ? Quelle délégation de compétences ? Quelle division du travail ? Et quelles activités ou spécialités médicales seront prioritairement concernées ? La présente note explore ces questions, sans faire de la futurologie. Elle part des systèmes, programmes et algorithmes déjà existants dans le champ de la santé en vue d'esquisser des perspectives pour l'avenir. L'idée est aussi de proposer une réflexion sur les politiques publiques à mettre en œuvre pour faire émerger une véritable stratégie française de santé en intelligence artificielle, et ainsi permettre la transformation du secteur médical à moyen et long terme dans les meilleures conditions.

Planel, M.-P., et al. (2017). Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP mHFpBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le virage ambulatoire ne se résume pas à une réforme de l'hôpital. C'est une réforme totale dont la réussite est conditionnée à des évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours. Cette réforme correspond à une volonté de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation qui répondent aux besoins et aux attentes de nos concitoyens. Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. Cet ouvrage trace les contours d'une nouvelle organisation de notre système de santé en illustrant la réflexion au travers de notions concrètes, telles que le rôle des médecins généralistes, la promotion des parcours de soins et leurs modes de financement. S'adressant aux étudiants comme aux professionnels, cet essai propose une synthèse et une mise en perspective utile de l'ensemble des nouveautés législatives et réglementaires, adoptées depuis la loi de modernisation de notre système de santé. (4ème couv.).

Queneau, P. et De Bourguignon, C. (2017). Sauver le médecin généraliste. Paris, Odile Jacob

Médecin de premier recours, de la prise en charge des malades chroniques, mais aussi médecin de la prévention des risques, le généraliste est cet homme ou cette femme de science et de confiance, dévoués et disponibles pour chaque malade. Mais le nombre des généralistes diminue chaque année. Comment en sommes-nous arrivés là ? Pourquoi de plus en plus de patients se plaignent-ils de ne pas être soignés comme des personnes uniques ? Faut-il être inquiet pour l'avenir de cette profession ? Pourquoi les étudiants en médecine ne veulent plus être, pour la plupart, généralistes ? Ce livre, écrit par un professeur de médecine et un médecin généraliste, dresse un état des lieux et n'élude aucune difficulté. Il formule des solutions novatrices pour une médecine exigeante et humaine, science et art de soigner chaque malade de façon personnalisée. Sauver le médecin généraliste, pilier et avenir de la médecine, un enjeu majeur pour la société et une raison d'espérer pour le malade. (4ème couv.).

Rouy, J. L. (2017). "La médecine à visage humain va-t-elle disparaître ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 13(6) : 244-247.

Il y a toujours eu des personnes qui avaient besoin de soin et des personnes pour les soigner. Au début, les thérapeutes faisaient beaucoup appel aux dieux, aux démons et à la magie, au moins jusqu'à Hippocrate, il y a vingt-cinq siècles. C'est lui qui a décrit une médecine au niveau des hommes

et un médecin plus homme de science que prêtre ou magicien. Depuis, avec des modalités diverses, la fonction de « soigner » s'est déroulée le plus souvent dans le cadre d'une relation humaine entre deux personnes. Même si l'exercice de la médecine s'est élargi avec les spécialités et les techniques, la « rencontre d'une confiance et d'une conscience », comme disait le Président de l'Ordre Louis Portes en 1950, reste le plus souvent au centre de la fonction de soigner. Cet article décrit l'évolution de cette relation entre le médecin et son patient.

Thébaud, J.-F. (2017). "Ubérisation de la médecine : menace ou opportunité ?" Les Tribunes de la santé 54(1) : 85-92.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-1-page-85.htm>

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication contribuent quotidiennement à diffuser des innovations, qui sont des sources de progrès considérables dans les technologies de santé. Mais elles sont parfois « disruptives », c'est-à-dire perturbantes, au sens anglo-saxon du terme, pour les acteurs et les organisations en place. La société UberCab en est un exemple tellement caractéristique dans le domaine des transports urbains que le terme « ubérisation » est entré dans le langage courant. C'est sans doute le Conseil national de l'ordre des médecins qui a le premier alerté sur le risque d'« ubérisation des prestations médicales ». Ce concept, trop souvent employé improprement, soulève nombre de questions et de fantasmes. Pourtant ces innovations, souvent purement organisationnelles, pourraient apporter des gains de productivité sans équivalent dans l'intermédiation entre les acteurs et la coordination des soins. En revanche, non encadrées pour ce qui concerne la sécurité et le respect de la vie privée, elles pourraient se révéler être des menaces importantes.

Tumpenny, A., et al. (2017). France. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe., Bruxelles: Mental Health Institute: 91-102, tab.

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Since 2015, France no longer has a national mental health plan, as policy on mental health and psychiatry is to be managed and mainstreamed at an inter-ministerial level, together with action at the level of regional "health territories" with more direct responsibility and plans. In 2016, the existence and role of the "Local Mental Health Councils" was strengthened, however, the representation of mental health users/survivors in both these local councils and national bodies is still limited. There are large regional disparities both in terms of resources and provision of mental health and social care in France. Since the law reform in 2011/2013 introducing for the first time judicial supervision of the forced hospitalisation and treatment system, general concerns include the high rate of long-term hospitalisation, increasing use of involuntary admission and forced treatments, compulsory treatment in the community and guardianship practices. The cross-border treatment and institutionalisation of French nationals with mental health problems in Belgium is also problematic.

Vallancien, G. (2017). La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade, Paris : Gallimard

L'évolution accélérée des technologies bouleverse la médecine et le système de santé français. Elle porte à ses dernières conséquences le changement que le stéthoscope de Laennec avait jadis engagé en forgeant un instrument qui démultiplie le pouvoir de l'observation. On assiste pour de bon à l'émergence de ce que Guy Vallancien propose d'appeler une « média-médecine », une médecine médiatisée par le recours aux capacités de l'ordinateur, que l'on retrouve de la génétique à la robotique chirurgicale, en passant par la télémédecine et les communautés de malades. C'est à l'analyse des transformations rendues possibles par cet outil d'une puissance incomparable que l'ouvrage est consacré. Leurs effets ne s'arrêtent pas à la seule pratique médicale. Elles permettent d'envisager une réorganisation profonde du système de santé. Contre l'antiscience actuelle, Guy Vallancien se livre à un vigoureux plaidoyer en faveur des progrès technologiques.

2016

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

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

Page 11 sur 408

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt134.pdf>

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

Bourgueil Y. (2016). Démographie et ressources humaines en santé. In : *Traité de santé publique*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 2016.

Cet article vise à présenter dans un premier temps, l'éventail des métiers de la santé, les principes de régulation et leurs évolutions récentes. Dans un deuxième temps, nous exposerons la situation de la ressource humaine en santé en France en 2015 en termes démographiques quantitatifs et les perspectives que dessinent les choix de régulation quantitative adoptés, mais également les questions posées par les évolutions très récentes, aussi bien à l'échelle de l'Europe qu'à l'échelle des individus dont les comportements changent en début comme en fin de carrière. Enfin, nous proposerons plusieurs pistes d'actions publiques actuellement débattues sur la ressource humaine en santé pour faciliter la transformation des organisations de soins et des pratiques au service de la santé publique.

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

La prise en compte de l'importance du travail d'équipe est finalement assez récente tant la culture médicale est influencée par le paradigme un peu mythique du « colloque singulier ». Ce référentiel est désormais largement mis en cause ne serait-ce que par la non moins paradigmatique exigence de qualité et d'économie des soins. Si l'on ajoute à cela la recherche de l'harmonie et la croyance incantatoire que « tout le monde il est beau... », on ne voit pas trop comment.

2015

Bergeron, H. et Castel, P. (2015). *Sociologie politique de la santé*, Paris : Presses Universitaires de France

Comment les différents systèmes de santé ont-ils évolué depuis leur création ? Comment expliquer le statut et les protections de la profession médicale ? Dans quelle mesure l'individualisation et la responsabilisation des individus constituent-elles l'un des traits caractéristiques majeurs des politiques de santé contemporaines ? Objet de questionnements multiples et hétérogènes, la sociologie politique de la santé est traversée par de nombreux courants et est au cœur de passionnants débats. Du façonnement social des maladies à la politique de gestion des systèmes de santé, en passant par la médicalisation des problèmes sociaux, les inégalités sociales face à la maladie, les dynamiques de l'innovation et de la recherche médicale, le fonctionnement des institutions hospitalières, ou encore l'autonomisation de la profession, la largeur du spectre des dimensions étudiées n'a d'égale que la variété des perspectives théoriques qui se sont penchées sur le sujet. Reflétant cette diversité et cette richesse, cet ouvrage présente un panorama inédit, complet et raisonné des approches de sociologie

politique de la santé, et dresse un état des lieux critique de la recherche contemporaine sur le sujet.

Cartier, T., et al. (2015). France. Building primary care in a changing Europe. Case studies., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 77-87.

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en France. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

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

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

Gallais, J. L. (2015). "L'Europe et le développement de la médecine générale en France." Medecine : De La Medecine Factice a Nos Pratiques **11**(4) : 148-150.

Au moment où l'Europe en tant qu'organisation supranationale donne lieu à controverses, il est essentiel d'en souligner certains aspects importants pour la France. Dans le champ de la santé, ils sont liés aux mouvements internationaux sur l'organisation des systèmes de santé et la formation de leurs professionnels. En effet, l'histoire politique, sociale, médicale, professionnelle et médiatique de la médecine générale est un long périple, aux déterminants multiples, incluant les effets législatifs de la supranationalité ; c'est-à-dire, sur certains sujets, de pouvoirs européens supérieurs à ceux d'une nation. Chaque État est donc contraint à une adaptation de ses dispositifs nationaux. La France, en tant que membre de la Communauté européenne et signataire du Traité de Rome (1957) participe aux échanges et instances européennes sur les modalités de circulation des marchandises, personnes, biens et capitaux. Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences directes pour lesquelles les instances européennes aient autorité à légiférer et intervenir, la mise en place de l'Europe « des blouses blanches » conduit à aborder en particulier la circulation des personnes et des services, notamment des professionnels de la santé. Il s'agit de s'assurer des conditions d'acquisition des compétences, équivalences et reconnaissances mutuelles par les États.

2014

Rodwin, M.-A. et Hirsch, M. p. (2014). Les conflits d'intérêts en médecine. Quel avenir pour la santé ? Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 9BR0xnoG. Diffusion soumise à autorisation]. Nos systèmes de soins sont en proie à des conflits d'intérêts. Ces conflits bafouent les règles morales qui gouvernent les professions de santé : la loyauté envers le patient le fait d'agir dans son intérêt et l'indépendance professionnelle et économique vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques, des investisseurs et des assureurs. Dans cet ouvrage, l'auteur examine le développement de ces conflits en France, aux États-Unis et au Japon. Il montre que les différences nationales dans les modalités du système de soins,

l'organisation de la médecine, du marché et de l'Etat font varier l'importance et le type de ces conflits. Il analyse également les stratégies politiques et les règles juridiques de chaque pays pour y faire face. Si cette maladie apparaît incurable à bien des égards, Marc A Rodwin montre que l'on peut atténuer ces problèmes en tentant de réguler le système par des réformes prudentes. En s'appuyant sur l'expérience de ces trois pays, il examine un ensemble de mesures qui peuvent être prises dans les secteurs public et privé pour préserver les missions de la pratique médicale.

2013

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

La pensée commune dit que l'efficacité de la médecine passe par plus de prescriptions de médicaments, d'analyses de sang, d'exams radiologiques. Que les campagnes de dépistage et de vaccination sont toutes utiles et nécessaires...Mais ce livre démontre aux patients que 30 % des actes médicaux sont inutiles ; que les campagnes de prévention (mammographies, ostéodensitométries, vaccinations contre la grippe, le cancer du col de l'utérus...) n'ont pas l'efficacité que leur prête l'État ; qu'obtenir des prescriptions médicales dans le but de rester en bonne santé est inutile et dangereux ; que les modes de vie et les comportements bien plus que les soins médicaux conditionnent la santé. Du côté des médecins, ce livre prouve que le volume des soins continue de croître sans que leur qualité s'améliore ; une situation qui a un coût : des décès évitables, des milliards d'euros gaspillés chaque année ; que les facultés forment des techniciens de la médecine, pas des soignants ; qu'une écoute prolongée suivie d'un examen physique attentif sont les ressources d'une médecine clinique douce, efficace, économe. ne pas nuire reste la première règle morale. Ce livre dénonce une situation qui perdure depuis des décennies et se poursuivra aussi longtemps que l'organisation des soins restera artisanale et que le pouvoir politique n'aura pas le courage de s'opposer au conservatisme des institutions médicales et universitaires (4e de couverture).

Boukris, S. (2013). La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente, Paris : Le Cherche Midi

Cet ouvrage évoque la 'médecine marketing' et montre comment on manipule médecins et malades en jouant sur les peurs, comment on médicalise nos vies pour pratiquer davantage d'exams biologiques, de radiographies et faire consommer toujours plus de médicaments. Transformer des sujets bien portants en malades potentiels, tel est l'objectif de certains secteurs médicaux, privés ou publics, qui transmettent un message trompeur, lequel engendre de l'anxiété et génère un gâchis financier (d'après 4ème de couv.)

Gay, B. (2013). "Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **61**(3) : 193-198.

[BDSP. Notice produite par ORSRA InROxsln. Diffusion soumise à autorisation]. Les soins de santé primaires sont peu structurés en France alors qu'ils sont bien identifiés au niveau international : ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé. La médecine générale est la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires. La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l'efficacité des soins. En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins : il faut passer de l'intention à l'action. Pour concrétiser le renforcement des soins de santé primaires, des évolutions structurelles sont indispensables : réorienter les études médicales vers les soins primaires ; développer la recherche en soins primaires ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ; faciliter l'exercice quotidien des acteurs de terrain ; diversifier les modes de rémunération ; proposer aux patients un mode d'emploi des soins de santé primaires. La mutation du système de santé en France nécessite une véritable stratégie de développement des soins de santé primaires. Malgré les contraintes financières, il est possible de redistribuer les ressources vers les soins ambulatoires. Le renforcement du rôle de la médecine générale et sa reconnaissance sociétale sont les étapes nécessaires à ce changement. (résumé d'auteur).

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

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

Hardy, A.-C. (2013). Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical, Rennes : Presses de l'EHESP

Mobilisant les résultats de recherches collectives et pluridisciplinaires menées ces quinze dernières années, Anne-Chantal Hardy décrypte le travail du médecin - dans sa forme, sa constitution, ses évolutions et ses mutations. Elle livre également son analyse sur l'objet du travail médical, ses déplacements, sa signification, ses paradoxes et ses tabous. Dans une première et deuxième partie, elle revient sur les fondements et les transformations de la profession médicale : elle interroge l'adhésion au modèle libéral de la médecine reposant sur le principe du "colloque singulier" entre médecin et patient, analyse les modes d'organisation et de sélection de la profession et s'attarde sur un phénomène à la fois lent et massif, la féminisation du corps médical. Puis, dans une troisième partie, elle se penche sur l'objet du travail médical en examinant les formes selon lesquelles le travail médical s'élabore, se construit et instruit les futurs médecins et en faisant apparaître l'apprentissage paradoxal, celui de l'aptitude "à faire mal pour" guérir ". Enfin, elle termine l'ouvrage sur le concept de guérison en éclairant notamment les figures (profane, professionnel) qui modèlent les rapports entre médecins et malades (4e de couverture).

Michel, C. R., et al. (2013). Rapport du groupe de travail médecins territoriaux. Paris CSFPT : 51, annexes.

[http://www.csfpt.org/sites/default/files/27 - rapport_groupe_medecins.pdf](http://www.csfpt.org/sites/default/files/27_-_rapport_groupe_medecins.pdf)

Ce rapport est le résultat des réflexions d'un groupe de travail qui a cherché à analyser les éléments pouvant expliquer la pénurie de médecins territoriaux. Il est apparu nécessaire et urgent de procéder à ce travail afin que des mesures soient prises pour rendre cette profession plus attractive et en faciliter l'accès, tout en permettant un déroulement de carrière serein et adapté. Les médecins doivent pouvoir exercer leurs missions, dans de bonnes conditions matérielles et en toute indépendance.

2012

Menard, C. d., et al. (2012). Médecins du travail médecins généralistes : regards croisés, Saint-Denis : INPES

Les facteurs de risques professionnels et la qualité de vie au travail deviennent des enjeux de plus en plus importants pour la santé des populations. Les professionnels de santé, médecins du travail et médecins généralistes, sont de plus en plus confrontés à l'impact de ces facteurs sur la santé de leurs patients : déclarations de maladies professionnelles, expression de souffrances psychiques, maladies aiguës ou chroniques, pratiques addictives, arrêts de travail prolongés ou récurrents. Dans ce contexte, les coopérations entre médecins du travail, médecins généralistes et, plus largement, réseaux de santé doivent se renforcer. Les médecins sont-ils préparés à élargir ainsi leurs champs

d'action et de coopération ? La place du médecin du travail dans la prévention et la réduction des risques liés aux consommations de substances psychoactives en milieu professionnel est désormais définie dans le texte de loi relatif à l'organisation de la médecine du travail du 20 juillet 2011. Les recommandations du Haut Comité de la santé publique, le Plan Santé au travail (PST 2), le Plan national santé environnement (PNSE 2) ont pointé la nécessité de recommandations de bonnes pratiques dans ce domaine. Engagés aux côtés des pouvoirs publics dans des actions d'information, de formation et d'assistance aux professionnels de santé, l'Inpes, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) partagent dans cet ouvrage leurs champs d'études et de réflexion. Son objectif est de rendre compte de l'activité des professionnels de santé dans le champ de la santé au travail au travers de deux études distinctes mais complémentaires. La première, réalisée et financée par l'Inpes, l'INRS et la SMTOIF, porte sur l'implication des médecins du travail dans le champ de la santé publique, et plus particulièrement des pratiques addictives : quel(s) rôle(s) pour les médecins du travail dans la prévention de ces pratiques en milieu professionnel ? Comment sont-ils sollicités pour mettre en œuvre des actions collectives de prévention ? Quelles sont leurs opinions sur les tests de dépistage ? La seconde, réalisée et financée par l'Inpes, analyse les opinions et pratiques des médecins généralistes en santé au travail : comment conçoivent-ils leur rôle ? Quelles pathologies liées au travail rencontrent-ils ? Quelles occasions ont-ils de solliciter les médecins du travail ? Un volet commun aux deux enquêtes interroge les perceptions croisées des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations de coopération.

2011

Levy, D. (2011). "Le métier de médecin aujourd'hui." Revue Française Des Affaires Sociales (2-3) : 299-309.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE q87R0x7I. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article tente de broser différents aspects du métier de médecin de nos jours, en observant ce qui a changé par rapport à hier, comment se situe le médecin parmi les professions à statut juridique similaire, enfin quelles sont les difficultés et spécificités auxquelles le médecin d'aujourd'hui est confronté.

Mascret, D. (2011). "Corps médical : le chaud et le froid." Seve : Les Tribunes De La Sante(32) : 89-99.

Cet article fait le bilan des relations entre les pouvoirs publics et les médecins lors du quinquennat de Nicolas Sarkozy.

Michel, F. B., et al. (2011). "Un humanisme médical pour notre temps." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **196**(6) : 1345-1368.

<https://www.academie-medecine.fr/11-07-un-humanisme-medical-pour-notre-temps/>

2010

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

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

Bloy, G. d. et Schweyer, F. X. d. (2010). Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale, Rennes : Presses de l'EHESP

Chacun de nous connaît un médecin généraliste, en qui il peut trouver un interlocuteur privilégié pour ses soucis de santé. En tant que groupe professionnel pourtant, les généralistes ont longtemps été peu considérés dans notre système de soins et restent méconnus : que sait-on des façons d'être généraliste ? de l'évolution de la profession ? Souvent passionnés par leur métier vécu comme un engagement personnel, les médecins généralistes sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail et de leur place dans la société ? À partir d'enquêtes récentes, des sociologues expliquent ce que sont et font les généralistes dans leur cabinet, ils analysent les "flous du métier" et la place du généraliste dans un système de santé en transformation. Écrits dans un style accessible, ces travaux éclairent les dynamiques et les réformes d'une médecine générale aujourd'hui placée au coeur de l'actualité.

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

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

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

2009

Kervasdoue, J. d. (2009). Très cher santé, Paris : Perrin

A l'heure où des voix s'élèvent pour dénoncer la logique d'économie et de rationnement qui serait à l'oeuvre dans notre système de soins, la lecture de l'essai de Jean de Kervasdoué est roborative. Dans Très cher santé, ce professeur d'économie de la santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) - qui fut directeur des hôpitaux au ministère de la santé entre 1981 et 1986 -, veut pourfendre les idées simplistes qui circuleraient sur la santé en France. Selon lui, notre système de soins, bien que toujours marqué par l'excellence, est au bord de la faillite. Le problème est loin de se résumer au fameux trou de la Sécu : il résulterait d'un certain immobilisme des acteurs, oscillant entre corporatisme médical libéral et syndicalo-corporatisme hospitalier. L'auteur n'en est pas à son premier diagnostic négatif sur le système de santé : en dénoncer les errements est devenu sa spécialité. Très cher santé a ainsi le mérite, tout autant que le défaut, d'embrasser largement son sujet, balayant tous les aspects du système de soins, du financement de l'assurance-maladie à la médecine générale, en passant par l'hôpital, la tarification à l'activité, les performances comparées de la France avec les autres pays. A chaque fois, le même constat, martelé de page en page : le système de santé est rétif à tout changement qui pourrait remettre en cause certains acquis. Comme le tonneau des Danaïdes, il voudrait être toujours plus alimenté financièrement sans rendre de comptes à personne : En médecine, le raisonnement économique est soit ignoré, soit combattu car de facto considéré comme illégitime, déplore M. Kervasdoué. Si la maladie du système est bien cernée, le traitement que voudrait lui appliquer l'auteur laisse plus perplexe. Car ce que prône l'ancien haut fonctionnaire - plus de rationnement et de maîtrise médico-économique - ne se distingue guère de la ligne suivie par l'actuel gouvernement. Ainsi du projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoire", présenté par la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, et qui arrive en discussion à l'Assemblée nationale le 10 février. L'auteur a beau dénoncer "l'étatisation et la bureaucratisation" dont il serait porteur, il en approuve, en filigrane, les grandes lignes. Il reste cependant sceptique sur la capacité des pouvoirs publics à surmonter le jeu des lobbies. Et de relever que "l'Etat craint la profession médicale et n'ose

pas l'affronter, même mollement, au Parlement, où elle a des relais".

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

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

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

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

Winckler, M. (2009). "La crise de la médecine générale." Seve : Les Tribunes De La Sante(22) : 67-74.

Quatre aspects de la crise de la médecine générale sont soulignés : crise symbolique (la médecine générale est méprisée), crise politique et sociale (les politiques de santé ne s'appuient pas sur elle), crise de la formation (les généralistes sont formés par une université élitiste, dirigée par des spécialistes), crise de l'investissement individuel (ses conditions d'exercice sont si difficiles - en particulier pour les femmes - que des mesures prioritaires devraient faciliter leur installation et leurs conditions de travail, mais ces mesures ne sont pas prises).

2008

Baude, N., et al. (2008). "Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale." Medecine : Revue De L'unaformec 4(3) : 135-140.

Contexte : selon les choix préférentiels faits à l'examen classant national ces dernières années, les étudiants en médecine préfèrent d'autres spécialités à la médecine générale libérale, notamment en zone rurale, ce qui pose au système de santé entier des questions fondamentales en ce qui concerne la qualité et l'équité des soins. Objectif : définir chez les étudiants de 3e cycle de médecine générale les incitations et les freins à exercer la médecine générale libérale en milieu urbain ou rural. Méthode : un échantillon de 2 927 « futurs généralistes » a été déterminé à partir des listings du syndicat ISNAR-IMG (environ la moitié des effectifs du 3e cycle) et sollicité pour répondre à un questionnaire de 33 questions fermées par courrier. Résultats : 28,3 % des internes interrogés ont répondu. 38,5 % seulement envisagent d'exercer dans cette discipline. Le futur médecin généraliste rural « type » est un homme, originaire d'une petite ville située dans une région de basse densité médicale, d'un milieu modeste. Il a déjà été confronté aux réalités de la médecine générale, n'a pas passé de concours de fin de 2e cycle, et est impliqué dans des actions associatives ou syndicales. Discussion : la désaffection de la médecine générale a des causes multiples. Elles sont liées notamment aux conditions actuelles de la formation initiale, aux craintes quant à la qualité de vie personnelle et à la solitude de l'exercice, au

mode de rémunération actuel de paiement exclusif à l'acte. Conclusion : la revalorisation des zones rurales et l'écoute des attentes des jeunes générations sont des préalables incontournables. Toute tentative se résumant à une simple action en aval des 10 années d'études, surtout de type coercitif, est la chronique d'un échec annoncé.

Bourgueil, Y. (2008). "Qui va nous soigner demain ?" Pratiques : les Cahiers de la Médecine Utopique(42) : 66-69.

Entretien avec Yann Bourgueil concernant l'évolution des professions de santé et des modes possibles d'organisation des soins ambulatoires.

De, Funès, P. (2008). Médecin malgré moi, Paris : Le Cherche Midi

Patrick de Funès, le fils aîné de Louis, retrace son parcours de radiologue dans cet ouvrage unique en son genre, offrant une vision iconoclaste et irrévérencieuse de la médecine et de ses travers.

Drahi, E., et al. (2008). "Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ? Troisième partie : une expertise transversale." Medecine : Revue De L'unaformec 4(3) : 127-129.

Le premier article rappelait le rôle fondamental de l'expertise en soins primaires dans le fonctionnement du système de santé. Le deuxième présentait les règles générales de cette expertise. Dans cette troisième partie, nous envisageons brièvement les complémentarités indispensables : la compétence professionnelle du médecin généraliste est une compétence de pratique, une capacité d'agir, non seulement sous l'angle somatique (réponses adaptées aux pathologies rencontrées), mais aussi sous l'angle relationnel (individuel) et sous l'angle environnemental (sociétal). L'expertise professionnelle, surtout en santé, ne s'applique jamais à des situations caractérisées, mais à des personnes. Elle doit donc être centrée sur le malade et pas la maladie. C'est probablement plus vrai encore pour la médecine générale, à l'interface entre santé et maladie, entre individu et système de soins, entre données actuelles de la science et incertitudes dans une situation toujours complexe et floue. Et cela implique que l'expertise en soins primaires ne peut jamais être solitaire, mais interagit en permanence avec les autres sources possibles. Cela conduit aussi à poser la question des rapports entre le développement de cette expertise et sa transmission, sans laquelle il faudrait à chaque fois refaire le long et difficile parcours, tel Sisyphe poussant son rocher...

Gallois, P., et al. (2008). "Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ? Deuxième partie." Medecine : Revue De L'unaformec 4(2) : 72-74.

Le premier article rappelait le rôle fondamental de l'expertise en soins primaires dans le fonctionnement du système de santé. Le second présente les règles générales de cette expertise. La littérature anglo-saxonne semble faire peu de différence entre expérience professionnelle et expertise, sans doute avec raison, à condition de rappeler un point largement confirmé dans différentes études : l'expérience n'est pas garantie de qualité des soins. Elle doit être en permanence confrontée aux données nouvelles de la médecine factuelle. C'est cela qui définit les objectifs de l'acquisition d'une réelle expertise tout au long de la vie professionnelle. Ce n'est que la confrontation des pratiques aux données scientifiques actualisées qui peut assurer les changements et adaptations nécessaires. Cette analyse, quelles que soient les méthodes utilisées, implique le choix d'indicateurs pertinents.

Giet, D. (2008). "Les grands défis à relever en médecine générale." Revue De La Medecine Generale (La) (252) : 154-156.

Il est difficile de nier que la médecine générale est en pleine évolution. Une réflexion de temps en temps n'est pas inutile et profitons de certains événements pour relancer le débat. Il est vrai que, la médecine générale étant une discipline particulièrement plurielle, il est difficile de s'exprimer au nom des praticiens qui la composent. Malgré tout, certains postes d'observation privilégiés comme celui d'un enseignant universitaire au contact des générations montantes, doublé de celle d'un médecin généraliste en activité depuis une vingtaine d'années favorisent ces réflexions (résumé d'auteur).

Hermange, R. T., et al. (2008). "Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **192**(4) : 805-816.

Quel sera l'avenir des médecins généralistes (MG), maillon indispensable de notre système de soins ? L'Académie nationale de médecine s'est penchée sur cette question et a réalisé une enquête auprès de médecins généralistes, de jeunes internes, ainsi que du "grand public" avec l'aide de l'institut BVA portant sur la perception du médecin généraliste et de son rôle en France. Cette étude a été menée en deux temps : une phase quantitative auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 Français d'une part et d'un échantillon représentatif de 500 médecins généralistes d'autre part ; une phase qualitative constituée de 4 réunions de groupe de 2h (2 groupes de médecins, un groupe d'internes se préparant à l'installation, un groupe de jeunes étudiants ayant été tentés de faire médecine mais y ayant renoncé). La phase quantitative a permis de disposer de statistiques fiables sur les perceptions et les situations vécues alors que les réunions de groupe ont permis de mieux comprendre les freins et les leviers repérés lors de la phase quantitative. Ces résultats nous renseignent en premier lieu sur la perception de notre système de soins par le grand public et par les MG. Ils montrent une adhésion au système actuel de soins et surtout une grande préoccupation pour la santé et la sécurité sociale qui est le 2e domaine prioritaire pour les Français, juste après l'emploi. 69 % des Français et 82 % des MG ont le sentiment que le système de soin va se détériorer dans les années à venir. Les Français s'y sentent donc d'autant plus attachés et le jugent utile à 83% (82% pour les MG).

Sauze, L. (2008). Mauvaise santé cherche traitement de fond : pour une refonte du système de santé, <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=383829>

Le "meilleur système de santé du monde" est bien malade, et n'est plus financé. Revenir aux principes fondateurs de la médecine et de la protection sociale permettrait de réorienter et de restructurer en le simplifiant l'incroyable amoncèlement historique de structures et d'institutions qui le constituent. En remettant la santé publique de la communauté au centre du système, et non plus les multiples intérêts catégoriels, c'est une réforme globale de l'organisation et du financement que l'auteur propose ici. Formation, évaluation, paiements à l'acte et à l'activité, médecine globale recentrée sur le généraliste et les maisons médicales, démocratie sanitaire renouvelée et rôle princeps de l'Etat, Agences régionales de santé, fiscalisation des ressources, panier de soins et régulation par la qualité, l'ensemble des concepts en débat actuellement est balayé. Cette refonte du système ne pourra réussir qu'avec la mobilisation des usagers, des professionnels et des décideurs, qui tous y trouveraient leur intérêt. Elle ne peut que passer par une profonde et indispensable transformation des mentalités de chacun, producteurs comme consommateurs de soins.

Vallee, J. P., et al. (2008). "Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin aujourd'hui ? Première partie : les soins primaires sont-ils aujourd'hui un domaine d'expertise ?" Medecine : Revue De L'uniformec **4**(1) : 35-40, tabl.

Que représentent les soins primaires dans les systèmes de soins d'aujourd'hui ? Les définitions proposées pour la médecine générale depuis déjà quelques décennies restent généralement admises, bien que l'on commence ici ou là à en redessiner les contours. Vers la fin des années 60, la terminologie primary care s'est progressivement imposée dans les écrits anglo-saxons. En désignant le médecin généraliste comme élément central de ce premier cercle de soins, on en décrivait les rôles spécifiques, bien différents de ceux des spécialistes en nombre croissant. Le praticien de soins primaires était appelé à jouer un rôle essentiel comme premier contact des patients avec le système de santé, mais aussi comme médiateur nécessaire entre la personne en demande de soins et un système de plus en plus complexe et fragmenté.

2007

Bardy, G. (2007). Le livre noir de la santé, Paris : L'Archipel

Hôpitaux dangereux, services d'urgence au bord de l'asphyxie, Sécurité sociale en péril, personnels

soignants mal formés, hygiène en question, vétusté des établissements, négligences en tout genre... Naguère désigné par l'OMS comme le meilleur au monde, le système de santé à la française menace ruine. L'égalité d'accès aux soins ? Un mythe. La médecine à plusieurs vitesses ? Un fait. Notre consommation de médicaments, la plus importante d'Europe, assèche les caisses et cause plus de dix mille décès accidentels par an. Des populations entières sont traitées dans des conditions déplorables, notamment les personnes âgées. Les déserts médicaux gagnent du terrain dans les zones rurales et les banlieues. Les infirmières fuient les hôpitaux publics, dont 75 % sont en déficit. Les médecins, eux, sont au bout du rouleau. Et les étudiants appelés à les remplacer sont déjà découragés... Depuis trente ans, les ministres passent, sans qu'aucune mesure soit parvenue à combler le déficit abyssal de l'assurance maladie. L'hôpital, ce bateau ivre ingouvernable, est-il impossible à réformer ? S'appuyant sur des études connues des seuls milieux médicaux, ce Livre noir dresse le vrai " bilan de santé " de la France (4e de couverture).

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

Le "droit à la santé" est une revendication illusoire. Abandonner ce slogan est une manière de mieux affirmer nos "devoirs" et notre responsabilité individuelle et collective en matière sanitaire. Devoirs du corps médical, des malades, des organismes de tutelle et des politiques. "La médecine que j'exerce au quotidien en ce début de XXIe siècle ne correspond plus à celle pratiquée dans les années cinquante. Le progrès scientifique l'a rendue fiable. À l'inverse, l'organisation des soins reste aussi traditionnelle, voire archaïque." Partant de ce constat, Guy Vallancien pointe avec précision, par de nombreux exemples, l'incroyable désorganisation de notre système de santé. Sans dissimuler les responsabilités de tous les acteurs de ce système, il montre que des solutions sont là, simples et urgentes. La Santé n'est pas un droit est un livre engagé qui propose de vraies pistes de réformes avec pragmatisme et humanisme. "La Sécurité sociale mérite mieux que de colmater ses brèches au jour le jour, nous dit Guy Vallancien. Innovons en citoyens responsables et solidaires."

2006

D'Autume, C. et Postel-Vinay, D. (2006). Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Paris IGAS : 107, ann.

Par lettre de mission du 27 juin 2005 du ministre de la santé et de la solidarité et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, l'IGAS a été chargée d'effectuer une mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Lancée en septembre 2005, la mission comportait deux volets principaux : la définition d'une organisation juridique, administrative et financière des fonctions supports des conseils nationaux et régionaux de la formation continue d'une part ; la formulation de recommandations pour le financement des actions, avec deux préoccupations jugées essentielles, les conditions de solvabilité de la demande des professionnels désormais soumis à une obligation individuelle de formation d'une part, l'indépendance et la qualité de l'offre de formation d'autre part.

2005

Batifoulier, P. et Gadreau, M. (2005). Ethique médicale et politique de santé, Paris : Economica

La réflexion sur l'avenir de l'assurance maladie prend appui sur une lecture de la réforme ou contre-réforme en termes de privatisation ou d'étatisation, de recours aux mécanismes de marché ou au contraire de développement des institutions centralisatrices. Cet ouvrage est une contribution à ces débats, qu'il cherche à éclairer en privilégiant une entrée par l'éthique médicale. Il propose un ensemble de réflexions qui ont en commun de considérer que les questions éthiques sont fondamentales à la compréhension de l'évolution du système de santé. En mobilisant des experts reconnus venant de différents horizons économie, philosophie, santé publique, sociologie, théologie, il offre une approche pluridisciplinaire sur l'opposition entre une logique économique insistant sur la

responsabilité financière du médecin et du patient et une logique éthique plaidant pour la qualité des soins.

Peneff, J. (2005). La France malade de ses médecins, Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond

L'Assurance maladie est le plus gros budget de la nation. Mais derrière les slogans ("la meilleure médecine au monde") se cache une réalité bien différente : le désordre des régulations internes, l'absence d'harmonisation entre les différents objectifs, le laxisme des contrôles, la dispersion des pratiques. Tout contribue à ce que l'on dépense toujours davantage pour des résultats contestables. Les réformes de la Sécurité sociale se succèdent mais elles ont un point commun : leur échec. Loin de combler le fameux trou, chacune le creuse un peu plus. L'Assurance maladie est même devenue un système de redistribution à l'envers : plus on est pauvre et plus on contribue à un système qui bénéficie aux classes les plus favorisées. La profession médicale a su retourner à son profit les tentatives de réforme. Elle bénéficie d'un statut extravagant : c'est la seule profession libérale dont les revenus soient socialisés. Malgré son activisme syndical et politique, la profession est pourtant divisée et n'est efficace que pour bloquer l'institution. Le secret médical est ainsi devenu un moyen pour empêcher toute enquête approfondie et toute remise en cause.

2004

Carricaburu, D. et Menoret, M. (2004). Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies, Paris : Armand Colin

Les questions de la maladie et de la santé sont parmi les plus vives aujourd'hui. Elles se posent au croisement des préoccupations individuelles et d'un débat public qui, outre une remontée assez faible des points de vue exprimés par les " clients " du système de soin, ne tend que trop à s'enclaver dans des cadres soit biologiques et techniques, soit politiques et gestionnaires. Alors même que le système de santé est appelé à évoluer, il est essentiel, à l'appui des décisions à venir, de clarifier les diverses dimensions et implications sociales de ces questions majeures. C'est ce à quoi s'emploie, avec une ampleur inédite, le présent ouvrage. S'appuyant sur une très vaste littérature, principalement anglo-saxonne et française, il propose une lecture sociologique particulièrement éclairante, structurée autour de trois grands thèmes (institutions, professions, maladies) et fournit tout l'outillage conceptuel prescrit pour penser le lourd et complexe processus de médicalisation à l'oeuvre dans nos sociétés. Cette synthèse critique remet aussi en perspective le rôle des divers acteurs médicaux et paramédicaux ainsi que celui des nouveaux protagonistes apparus dans l'arène sociale de la santé - qu'ils soient issus du monde politique, du journalisme ou de l'univers associatif. Cet ouvrage constituera une référence, un outil de travail et un support de réflexion pour les universitaires (enseignants, chercheurs et étudiants en sciences sociales et en médecine) comme pour l'ensemble du public soucieux d'affronter en connaissance de cause les mutations du monde de la médecine, de la maladie et de la santé.

Grémy, F., et al. (2004). On a encore oublié la santé ! Propositions pour une médecine de qualité et de solidarité, Paris : Frison-Roche

La médecine est-elle aussi une science humaine ? C'est la première question à se poser avant d'envisager de réformer le système de santé français. Mais il est difficile de changer les habitudes et les intérêts acquis. Il faudrait que la médecine ne se prenne plus pour une science dure ; que les médecins ne fassent pas de leurs spécialités l'alpha et l'oméga de leur pratique ; que l'administration n'ait pas qu'une vision comptable de la santé ; que l'hôpital et la médecine curative ne monopolisent plus le système de santé ; que les patients participent mieux aux décisions ; que le ministère de la santé ait enfin une politique et les moyens de la conduire dans la durée ; que la santé ne se cantonne pas au fonctionnement organique des individus mais s'étende à celui, global et pérenne, de la société. Le contexte a changé : vieillissement de la population, évolution des maladies chroniques ? La santé publique doit s'adapter. François Grémy, pionnier de l'informatique médicale en France, livre dans cet ouvrage quelques réflexions pour bien réformer la santé.

Le, Pen, C. et Sicard, D. (2004). Santé : l'heure des choix, Paris : Desclée de Brouwer

"Le système français est le meilleur du monde ", selon l'Organisation mondiale de la santé. Il n'en est pas moins l'un des plus chers. Son originalité tient à ce que ses ressources sont étatisées et ses dépenses libéralisées. Mais son coût n'est pas la seule cause de la crise qui secoue la médecine en France depuis vingt ans, avec plus de force ces dernières années. La " médicalisation " de tous les maux, sociaux en particulier ; la fonction du médicament comme seule garantie de la santé ; la tendance des médecins et des usagers à recourir aux techniques - scanner, fécondation in-vitro, etc ; la pression des laboratoires ; la banalisation de la consommation médicale et l'absence d'organisation cohérente sont autant d'éléments que dissèquent avec lucidité les deux auteurs de cet ouvrage. Alors que le débat sur l'avenir de l'assurance maladie divise la société, ils suggèrent de nombreuses pistes pour en sortir, qui portent tant sur la nécessaire réforme des pratiques que sur les pratiques mêmes du remboursement des soins.

Levasseur, G. (2004). "Loi de santé publique et médecine générale." Sante Publique **16(4)** : 721-723.

[BDSP. Notice produite par ENSP INCL9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Point de vue d'un médecin généraliste sur les avancées de la loi de santé publique en matière de prévention par les médecins eux-même et sur la nécessité d'intégrer cette dimension dans les études médicales. L'auteur voit dans cette loi une opportunité de réfléchir au contenu du métier de généraliste.

Risse, J. (2004). Les professions médicales en politique : 1875-2002, Paris : l'Harmattan

Depuis 1975, 850 médecins, vétérinaires, pharmaciens et dentistes ont été élus députés. 350 ont siégé au Sénat, 62 ont été ministres ou secrétaires d'Etat. Trois médecins ont occupé la présidence du Conseil. Ils se sont intéressés à tout ou presque tout. Des questions médicales et sociales à l'aviation en passant par les problèmes ruraux, le divorce, la conservation des archives ? Ils ont suivi de près les affaires Boulanger, Dreyfus, Stavisky, ont été mêlés pour certains au scandale de Panama. Plutôt modérés dans leur ensemble, ils ont voté les grandes lois de la République en conscience sans se croire tenus d'obéir aveuglément aux consignes des partis. En réponse à Jean Rostand qui a écrit : " En politique, les insensés peuvent faire de sorte que ce soient les sages qui avaient tort ", ils ont toujours essayé de montrer que les sages pouvaient aussi avoir raison.

2003

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

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

Kervasdoue, J. (2003). La crise des professions de santé, Paris : Dunod

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît à l'évidence depuis trois ans. Pourtant la France ne dispose-t-elle pas, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, du meilleur système de santé du monde ? Cette crise constitue-t-elle l'expression habituelle d'un mouvement social ? Le revenu des professionnels a-t-il ou non baissé durant ces dernières années, et si oui, la composante financière suffit-elle, à elle seule, à expliquer le désarroi ? Pourquoi la crise perdure-t-elle alors que le gouvernement vient d'accorder d'importantes révolutions de tarifs ? Autant de problématiques que traitent dans cet ouvrage économistes, juristes, politologues, sociologues soucieux d'analyser en

profondeur les modifications des caractéristiques fondamentales du système de santé français. Mais cet ouvrage ne se limite pas à une mise à plat des symptômes et de leurs causes récentes et anciennes. Il constitue aussi un outil de réflexion dessinant la vision d'un nouveau système de santé.

Lehmann, C. (2003). Patients, si vous saviez.... confession d'un medecin généraliste, Paris : Robert Laffont

Dans cet ouvrage, Christian Lehmann, médecin généraliste, livre son opinion sur le système de santé français, qui privilégie la technique sur les hommes.

2002

Baszanger, I., et al. (2002). Quelle médecine voulons-nous ?, Paris : La Dispute

Destiné à un public large, ce livre veut rencontrer les interrogations principales des usagers potentiels du système de santé, face aux mutations de la médecine, à son rôle dans l'organisation sociale, et au fonctionnement problématique du système de soins en France. Futur prometteur pour certains, avenir catastrophique pour d'autres, les nouvelles interventions biomédicales remettent en cause les grandes catégories anthropologiques comme la vie, la mort, la filiation. En même temps, chacun peut constater les limites des actions possibles face à la maladie. Dès lors, comment penser la médecine entre ses progrès indéniables et ses limites voire parfois ses insuffisances ? La première partie du livre aborde les problèmes liés aux mutations des cadres de la médecine : acteurs professionnels, pratiques, "bénéficiaires" (irruption des droits des malades), transformations des modes de financement, monde de l'hôpital, institutionnalisation de la bioéthique. La seconde veut cerner ces mutations dans leurs effets en abordant des paradoxes en acte : le développement de la génétique côtoie le retour des pathologies infectieuses ; les corps mêmes deviennent ressources thérapeutiques tout en continuant à être objets d'intervention ; certaines étapes de la vie voient remis en cause leur statut d'étapes naturelles (naissance, mort, vieillesse). Les réalisations parfois spectaculaires de la biomédecine en changeant les perspectives de vie ouvrent des questions sur la qualité de la vie offerte, les effets secondaires, la douleur et la souffrance qui les accompagnent, et posent parfois crûment le problème des limites voire des échecs des interventions médicales et de leurs gestions quotidiennes par les médecins et les malades.

2001

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

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

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

" Médecin, un nouveau métier " ; cette terminologie traduit la réalité d'un exercice professionnel en constante mutation, tant le métier de médecin subit de plein fouet d'une part les évolutions de notre société, et d'autre part le progrès scientifique, qu'il s'agisse d'un approfondissement des connaissances ou de l'émergence de nouvelles techniques ou technologies. En effet, polymorphe par nature, le métier de médecin ne saurait se résumer à une seule définition, étant donné la diversité des modes d'exercice et le nombre des spécialités qui le caractérisent. Cependant, les évolutions actuelles, telles que la féminisation de la profession, le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, la démographie médicale, la construction d'une Europe de la Santé, ou encore l'émergence de nouvelles relations avec les professions para-médicales, etc. ouvrent la voie à un certain nombre de mutations dans l'exercice quotidien de la médecine et plus largement

encore dans la définition du métier de médecin. C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des médecins, promoteur et garant de la qualité de l'exercice professionnel de la médecine, a souhaité consacrer un de ses Jeudis à ce sujet essentiel qu'est le nouveau métier de médecin. Bien au-delà d'un simple constat de la réalité actuelle de l'exercice professionnel, ce Jeudi pose la question de la définition de l'exercice professionnel de demain. Conscients de l'ampleur du champ de réflexion, le Conseil national de l'Ordre, ainsi que les témoins et experts invités à s'exprimer, ont tenté d'apporter des premiers éléments de réponse à une question qui ne cessera de se poser.

2000

(2000). An 2000, quels médecins, pour quels patients, pour quelle médecine ?, Paris : SmithKline Beecham

Ce « Livre blanc » témoigne du bouillonnement des idées qui agite la profession médicale en mutation, bien décidée à prendre en charge son destin. Le médecin doit-il devenir - s'il ne l'est pas déjà - gestionnaire de la santé publique ? A partir de leur expérience de terrain, de nombreux praticiens donnent ici leur avis, en décrivant l'antinomie qui règne souvent entre le souci de l'intérêt des patients et celui des finances publiques. Confrontés aux difficultés administratives, matérielles et humaines, beaucoup s'inquiètent de l'état actuel du système de santé. A travers ces témoignages, ils peignent par petites touches leur vie quotidienne à la rencontre des patients. A l'ère de la communication et de l'information tous azimuts, le dialogue n'est pas forcément facile, mais chacun s'efforce de trouver la bonne méthode pour conduire le malade vers la guérison.

Charpak, Y. c. et Knockaert, R. c. (2000). "Dossier : les médecins aujourd'hui en France." Actualite Et Dossier En Sante Publique(32) : 3-66, carte, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP 95R0x85v. Diffusion soumise à autorisation]. Que sait-on des médecins ? Que ce soit leur nombre, pléthorique ou insuffisant à terme, leurs statuts, leur répartition, leur responsabilité, leur formation, les informations les plus diverses existent. Ce dossier montre que la profession de médecin a subi de profondes mutations, et que son hétérogénéité croissante reflète des réalités de plus en plus complexes.

Glorion, B. (2000). Quelle médecine au XXIe siècle ? : il est temps d'en parler, Paris : Plon

Bernard Glorion, président du Conseil de l'Ordre des Médecins, tente dans cet ouvrage une étude à la fois critique et prospective de la médecine du XXIe siècle. Refusant la langue de bois, trop souvent reprochée aux organisations officielles, il ne fuit pas les grands débats : la réforme de l'enseignement médical, les défis technologiques et scientifiques, les nouvelles maladies, la médecine préventive, la médecine prédictive et le statut de l'embryon, la prise en compte de la fin de vie, les médecines publique ou libérale, et bien sûr, le problème de la Sécurité sociale. Il prône une réforme en profondeur du monde de la santé, tant dans les institutions que dans l'université, les syndicats, le ministère et...le Conseil de l'Ordre. Sa profession de foi : un nouveau partenariat médecin/patient.

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

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

1999-1963

(1999). L'avenir du système de soins : la plate forme des propositions. Paris CNOM : 46, tabl.

Engagé par les textes qui le régissent et par son action quotidienne au service de la qualité des soins, l'Ordre des médecins a entamé dès 1998 une réflexion sur l'évolution du système de santé. Cette réflexion a abouti en janvier 1999 à une plate-forme de propositions pour l'avenir du système de santé

de notre pays. Aujourd'hui, après plusieurs mois de travail et de dialogue avec les partenaires du monde de la santé et les médecins, l'Ordre présente son plan de propositions, adopté lors de la 223e session du Conseil national. Cette plate-forme de propositions est déclinée en 4 axes qui permettent de tenir compte de la pratique professionnelle, de l'évolution de la société, mais aussi des grands principes déontologiques. L'Ordre présente donc des solutions pérennes et efficaces fondées sur la compétence, le contrôle et la médiation entre tous les acteurs. Les axes retenus sont les suivants : veiller à la qualité des actes médicaux, promouvoir de nouveaux modes d'organisation et de nouvelles relations entre médecins, promouvoir des modes de gestion décentralisés, développer la corresponsabilité dans la gestion du système de soins.

(1999). Rapport du comité de concertation sur la médecine générale. Paris FNMF : 58.

Ce rapport est le résultat de la réflexion du Comité de concertation sur la médecine générale institué auprès de la Mutualité Française. Les objectifs étaient les suivants : analyser les besoins des malades et de la population dans les domaines des soins et de la santé ; décrire les fonctions du système de soins et la place que la médecine générale doit occuper dans ce système ; énumérer les fonctions de soins et de santé publique des médecins généralistes qui satisfont aux besoins des malades et de la population ; formuler des propositions d'organisation et de fonctionnement

Jolly, D. et al. (1999). La médecine prédictive : médecine de l'homme sain au XXIe siècle, Paris : Médecine Sciences Flammarion

La médecine prédictive deviendrait capable, grâce aux tests génétiques, de déceler chez le sujet sain les risques de développer au cours de sa vie un certain nombre de maladie. Cette dimension nouvelle de la médecine aurait un impact psychologique social et économique au XXIe siècle, dans nos sociétés développées et provoquerait des transformations dans l'exercice de la médecine. De grands experts français, issus de disciplines différentes (médecine, génétique, droit, sciences humaines et sociales), ont eu, pour la première fois, l'opportunité de confronter leurs points de vue. Ils ont analysé ensemble le mythe du meilleur des mondes « génétiques ». La foi sans limite de certains biologistes dans les progrès de la technologie génétique se heurte aux dangers liés à l'incertitude des tests prédictifs, à la transgression des principes humanistes de la médecine, aux conséquences psychologiques et comportementales qui risquent de survenir chez...l'homme sain au XXIe...

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

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

Simoncini, A. (1999). Pour une médecine des hommes libres, Pantin : Le Temps des Cerises

Les progrès scientifiques et techniques dans le domaine de la santé fascinent le public en même temps qu'ils mettent en lumière les échecs et les manques de la médecine moderne. L'hyperspécialisation et la technicisation, éléments structurants de la performance médicale, modifient la relation médecin-patient au point de méconnaître souvent l'unité de l'Homme-malade. Le système de santé est de plus en plus soumis à des déterminants économiques. Il est inefficace à réduire les inégalités devant la maladie et la mort qui ne cessent de s'aggraver. Chacun s'accorde à en souhaiter une rénovation qui concilie efficacité médicale et humanité. Au coeur du débat sur la réorganisation de la médecine ambulatoire, ce livre trace quelques pistes à propos de la pratique médicale, de la prévention, de l'observation sanitaire et de la régulation démocratique du système de santé, en relégitimant la parole

et la place de ceux qui à qui la médecine s'adresse (résumé de 4ème de couverture).

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

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

Bouffechoux, T. H. (1997). La santé en France : le malade, le médecin et l'état, Paris : Le Monde Editions

L'intervention croissante de l'Etat, les remboursements de la Sécurité sociale, le progrès des techniques médicales ont entraîné des améliorations significatives en matière de soins et de prévention. Mais des inégalités apparaissent alors que les dépenses explosent. Le système de santé se révèle à la fois coûteux et peu efficace. La gestion des hôpitaux est remise en cause et les médecins aux-mêmes s'interrogent... Comment sauver un système affaibli, tiraillé entre des impératifs contradictoires ? (4e de couverture).

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

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

Polton, D. (1997). "Régulation contractuelle et partage des responsabilités : modèle français et modèles étrangers." Droit Social(9-10) : 839-844.

En France, depuis le début des années 1990, des dispositifs de régulation de dépenses fondés sur des accords avec les professions se sont mis en place dans le secteur libéral du système de santé. La réforme de 1996 y a rajouté un dispositif d'objectifs prévisionnels de dépenses, assortis de possibilités de reversements en cas de dépassement, pour les médecins libéraux. Qualifier ce dispositif de contractuel relève un peu aujourd'hui de la provocation tant il a cristallisé l'opposition d'une fraction importante du corps médical. Pourtant, comme les mécanismes mis en place pour les cliniques privées, les biologistes ou les infirmières, il ne peut fonctionner correctement, notamment en ce qui concerne la répartition des responsabilités entre les praticiens, que dans le cadre conventionnel. C'est précisément le partage des responsabilités qui est évoqué dans cet article, selon deux dimensions : l'articulation entre les prescripteurs et les professions prescrites d'une part, l'articulation entre l'individuel et le collectif d'autre part.

Guillaume, P. (1996). Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945), Paris : Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité Sociale ; La Documentation Française

L'intérêt que l'on peut porter aux médecins et à l'évolution de leur rôle social depuis deux siècles découle de leurs ambitions. Mal admis dans le monde des notables, auquel, sauf exception, il n'appartient pas par sa naissance, le médecin du 19ème siècle n'en doit pas moins se consacrer à l'exercice d'une charité qui incombe normalement aux nantis. En règle générale, il ne se dérobe pas à ses obligations inscrites dans le serment d'Hippocrate, mais il subit de plus en plus difficilement

l'alourdissement de ses charges découlant de la médicalisation des milieux les plus défavorisés. Le triomphe des doctrines hygiénistes contribue également à accroître les responsabilités des médecins qui en viennent à se syndicaliser. Au 20^{ème} siècle, tout en se déclarant, en principe, favorable à la socialisation de la médecine, le corps médical, d'ailleurs profondément divisé, résiste à l'innovation et croit trouver une protection dans une organisation corporative. Cet ouvrage tente de démêler la complexité de l'histoire des médecins pleine de contradictions.

Sanchez, S. (1996). La Médecine en flagrant délit : le malade oublié, Paris : Editions du Felin

Cet ouvrage est une plongée dans les coulisses du monde médical et explique pourquoi le médecin est mis sur la sellette : le malade, devenu un "consommateur de soins" demande des comptes s'il est insatisfait, comme à un fournisseur de services. Différentes affaires sont examinées : vol de clientèle, médecins menacés par la concurrence de confrères peu scrupuleux, conflits d'intérêts entre spécialistes et généralistes et entre médecine classique et homéopathie, erreurs médicales, etc.

Tabellion, G. (1996). Le rôle social et économique des médecins généralistes. Boulogne-Billancourt INCM : 23, tabl., graph.

A partir des données d'une enquête menée auprès des médecins généralistes français de juin à septembre 1996, ce document analyse le rôle social et économique des médecins : carte d'identité, activité globale, nature des actes, démographie médicale, activité médico-sociale, grandes pathologies, incidence des rmo.

(1994). Rapport du Comité de concertation pour la modernisation de la pratique médicale. Paris FNMF : 22.

Ce rapport est résultat d'une réflexion engagée par la Mutualité Française sur la modernisation de la pratique médicale et son devenir en France. Ce comité de concertation réunissait majoritairement des médecins (généralistes et spécialistes). Après un examen de la médecine ambulatoire puis de l'exercice hospitalier, ce document présente un projet en matière de formation initiale et continue et de régulation du système de soins.

Aiach, P. d. et Fassin, D. (1994). Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris : Anthropos - Economica

Régulièrement annoncée, la crise de la médecine est de plus en plus souvent présentée comme une crise touchant globalement le système de santé. Sont invoqués pêle-mêle, à l'appui de ce diagnostic, la prolétarianisation de la condition des praticiens libéraux, la disparition prochaine des chirurgiens généralistes, la dégradation des conditions de travail des infirmières, la multiplication des affaires judiciaires impliquant des médecins, la perte de confiance vis-à-vis des soignants, un désenchantement à l'égard de la médecine et de ses représentants. En s'appuyant sur des études de cas illustrant les situations particulières de diverses professions, ce livre montre que, derrière la crise invoquée, ce qui est en jeu, c'est une reconfiguration de l'espace social de la santé où se redéfinissent les territoires et les frontières de chaque métier, où s'établissent des modes différents de légitimation des soignants, finalement où se distribuent de nouveaux rapports de pouvoir entre les professionnels, la société et l'Etat.

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

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

Faure, O. (1994). Les Français et leur médecine au XIX^{ème} siècle, Paris : Belin

Au cours du XIX^{ème} siècle, la médecine scientifique a fait son entrée dans la vie quotidienne des Français : riches et pauvres sont devenus des clients assidus des médecins, et des consommateurs impénitents de médicaments, sans pour autant abandonner leurs anciennes pratiques (recours aux rebouteux ou aux charlatans). En retraçant l'histoire de cette révolution culturelle - où les exigences sociales l'emportent souvent sur les raisons scientifiques - Olivier Faure décrit la mise en place progressive de notre système de santé au sein d'un monde médical en pleine mutation, où se côtoient médecins et guérisseurs, pharmaciens et herboristes. Il met à jour les raisons profondes des problèmes qu'affronte aujourd'hui ce système (4^{ème} de couverture).

Hamon, H. (1994). Nos médecins, Paris : Le Seuil

L'auteur de cet ouvrage, Hervé Hamon s'est posé une question simple : quel est le métier de la personne qui me soigne, comment vit-elle ce métier et comment ce métier façonne-t-il sa vie. Il est parti à la recherche de médecins "ordinaires" et a écarté volontairement les "psy", les chercheurs, les légistes. Ce livre retrace son parcours. Pendant trois années il a en effet suivi ces médecins en exercices.

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

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

Hertch, C., et al. (1993). Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français (1930-1980), Paris : Les Editions INSERM ; Doin

Réalisé à partir d'une enquête approfondie auprès de cinq mille médecins retraités en France, cet ouvrage retrace la vie professionnelle de ces derniers : leur formation, leur entrée dans la profession, l'agencement de leur cabinet, leurs gestes diagnostiques thérapeutiques, leurs relations avec leurs malades. Cette étude d'un groupe professionnel est aussi l'histoire du passage de la médecine du passé à la médecine d'aujourd'hui.

Guiheneuf, Y. (1992). L'or de la santé et l'argent de la médecine, Rennes : E.N.S.P.

A partir de reportages effectués dans différents pays (France, Etats-Unis, Pologne, ex-U.R.S.S.), ce livre-enquête jette un regard "budgétaire" sur la médecine en France et dans le monde. Car l'argent est au coeur du système de santé. Vient-il à se raréfier qu'il bouleverse l'équilibre d'un secteur fondamental de notre société. Aujourd'hui, avec la fin de l'Etat-Providence, la santé (hôpital, médicaments, médecine générale) entre en mutation.

Issad, R. et Grehillon, M. (1992). La dictature d'Hyppocrate : enquête sur la santé globale et sur quelques moyens simples d'y parvenir, Paris : Denoël

Enquête sur le concept et les pratiques de santé en France. Document d'humour, voire pamphlet, qui veut démontrer les conséquences néfastes des soins envisagés comme un marché porteur.

Terquem, J. (1992). Les Médecins dans la société française, Paris : Economica

Réflexion sur les médecins et leur place dans la société française actuelle. En effet, confrontés à une crise économique qui impose des choix et la maîtrise concertée des dépenses de santé, à une

évolution technologique et démographique, il est urgent que la profession médicale se redéfinisse.

Lazar, P. (1990). 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale : rapport d'étape à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué chargé de la Santé. Paris M.S.S.P.S. : 55.

Rapport d'étape à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué chargé de la Santé, élaboré par Philippe Lazar en 1991, en vue de définir une nouvelle politique pour la médecine libérale en France. Les principes fondamentaux sont exposés sous forme de 12 thèses concernant la pratique médicale, la formation des médecins, les rapports entre médecine de ville et hôpital, etc.

Lachaux, A. (1989). Rapport sur la médecine générale, Paris : Documentation Française

Arliaud, M. (1987). Les médecins, Paris : Editions de la découverte

Caro, G. (1982). La médecine en question, Paris : Petite Collection Maspero

L'arrivée de la gauche au pouvoir en France a relancé le débat sur la politique de santé. Cet ouvrage aide à mieux situer les enjeux de ce débat et de cette politique. L'auteur de ce document fait une analyse historique et théorique de la médecine libérale et de la signification du secret professionnel, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription, des modes de rémunération des médecins. Il apporte ensuite une réflexion sur la hiérarchie hospitalo-universitaire et son rôle dans la formation des futurs médecins. L'auteur fait ensuite un plaidoyer pour une psychiatrie de meilleure qualité et une contribution à l'élaboration d'une politique de prévention.

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

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

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

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

Démographie médicale : une grande disparité territoriale

UN PANORAMA DE LA PROFESSION

Les études statistiques

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

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

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

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

2021

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., et al. (2021). "Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? - Constat et projections démographiques." *Dossiers De La Drees (Les)* (76) : 74.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/synthese-quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les>

À l'occasion de la première édition de la Conférence nationale, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie un état des lieux, présent et à venir, de la démographie des professions médicales et pharmaceutique (chirurgiens-dentistes, médecins, pharmaciens, sages-femmes).

2020

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

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

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

CNOP (2020). Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2020. Paris Cnop.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2020>

Depuis dix ans, la profession ne cesse d'évoluer, et le rôle des pharmaciens auprès de la population s'en voit renforcé. La garantie d'une chaîne pharmaceutique solide, déployée sur le territoire en fonction de la répartition de la population, orchestrée par des pharmaciens de tous les métiers, est fondamentale au bon fonctionnement du système de santé et à l'accès aux soins. La complémentarité des métiers de la pharmacie s'est notamment illustrée dans la gestion de l'épidémie de covid-19 en ce début d'année 2020. Afin de toujours mieux anticiper les évolutions des différents métiers de la pharmacie, l'Ordre national des pharmaciens recueille, analyse et propose des données actualisées de tous les métiers de la profession. C'est dans cet

objectif qu'il établit chaque année un panorama démographique exhaustif de tous les pharmaciens de France en exercice.

2019

Anguis, M., Chaput, H. et Marbot, C. (2019). "10 000 médecins de plus depuis 2012." Etudes et Resultats (Drees) (1061) : 4.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012>

En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes et 44 % exercent à l'hôpital au moins une partie de leur temps. Depuis six ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 %, sous l'effet de la hausse du nombre de médecins hospitaliers.

2017

(2017). Professionnels de santé au 1er janvier 2015. Comparaisons régionales et départementales, Paris : INSEE
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

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

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

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

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

2016

Barlet, M., et al. (2016). "Portrait des professionnels de santé." Serie Etudes Et Recherches - Document De Travail - Drees(134) : 123.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xknpr8. Diffusion soumise à autorisation]. Au travers de fiches pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit un état des lieux inédit sur les 1,9 millions de professionnels de santé qui exercent en France. Il livre les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Les deux premières parties dressent un panorama de la profession, ses évolutions et les spécificités des différents exercices puis ses rémunérations selon le mode d'exercice, le métier ou la spécialité exercés. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Une dernière partie esquisse les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels telle qu'elle pourrait se dessiner sur le territoire.

Le, Breton-Lerouillois, G. et Rault, J. F. (2016). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins : 326, tabl., graph., cartes.

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 88 886 généralistes en activité, contre 97 012 dix ans plus tôt. L'exercice libéral recule particulièrement. La plus grande partie de la France est concernée par cette diminution des effectifs généralistes à l'exception de départements côtiers ou frontaliers. Leur nombre a diminué de 8,4 % entre 2007 et 2016.

- Pour les années antérieures, contacter le Cnom : <https://www.conseil-national.medecin.fr/> ou nous consulter. Nous avons les séries statistiques depuis 1982.

2015

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

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

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

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

Rault, J. F. (2015). "Démographie : 8 idées reçues et corrigées." Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(40) : 17-22, graph.

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

2014

Bachelet, M. (2014). "Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales." Etudes et Resultats (Drees) (894) : 6.

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

2013

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss183.pdf>

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

- Les années antérieures sont à consulter sur le site de la Drees :
- <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/> (Open data et Publications)

2012

Sicart, D. (2012). "Les médecins au 1er janvier 2012." Serie Statistiques - Document de Travail - Drees(167) : 143.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-medecins-au-1er-janvier-2012>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE tFR0x9AH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document de travail présente les résultats sous la forme de tableaux d'effectifs et pourcentages et sont ventilés selon la spécialité, la situation professionnelle (libéral, salarié), le secteur d'activité, la tranche d'âge, le sexe, la région, le département et la tranche d'unité urbaine. Ils sont complétés par une cartographie régionale et départementale des densités pour l'ensemble des médecins : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les médecins libéraux et mixtes, et les médecins salariés exclusifs.

2011

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). "La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional." *Etudes et Resultats (Drees)* (760) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-demographie-des-infirmiers-lhorizon-2030-un-exercice-de>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9F8qR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. L'évolution du nombre d'infirmiers en activité dépend des choix professionnels des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics. Les projections ici présentées permettent de simuler, sous certaines hypothèses, les effets probables de mesures de régulation et de changements de comportements sur l'évolution des effectifs d'infirmiers. En maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50% des infirmiers continueraient d'y exercer. Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement. Trois autres scénarios ont été modélisés afin de simuler l'impact de différentes mesures sur les effectifs à l'horizon 2030. La réforme des retraites comme la réforme statutaire des infirmiers salariés de l'hôpital public conduirait à augmenter de 4% les effectifs d'infirmiers en 2030. Cette hausse toucherait tous les secteurs d'activité s'agissant de la réforme des retraites, mais les seuls salariés de l'hôpital public pour la réforme statutaire.

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). "La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles." *Etudes et Resultats (Drees)* (759) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-profession-dinfirmiere-situation-demographique-et-0>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I9kpkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Au 1er janvier 2010, près de 520 000 infirmiers en activité en France sont recensés. Cette profession a vu ses effectifs multipliés par 1,7 en 20 ans. En 2010, on compte plus de 800 infirmiers en activité pour 100 000 habitants. Cette profession, féminine à 88%, travaille principalement à l'hôpital public (49% des effectifs). Les infirmiers, en particulier les libéraux, ne se répartissent pas également entre les régions et, en 10 ans, ces fortes disparités spatiales ne se sont pas réduites. Les migrations régionales sont peu fréquentes mais se font toujours au profit (ou au détriment) de certaines régions. Classiquement, les régions du Sud profitent de ces flux migratoires. Les hommes sont plus enclins à changer de mode d'exercice et à choisir de s'installer en libéral. Enfin, les infirmiers salariés des hôpitaux publics cessent leur activité en moyenne à 56 ans, ceux des hôpitaux privés à 59 ans et les libéraux à 61 ans.

2008

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

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2008-12_demographie-et-honoraires-medecins-liberaux-2006_points-de-repere-23_assurance-maladie.pdf

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

Dormont, B. et Samson, A.-L. (2008). "Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations." *Serie Etudes - Document De Travail - Drees*(75) : 39.

http://www.apima.org/img_bronner/inegalite_carriere_mg.pdf

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nIs7R0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à étudier l'impact de la régulation de la démographie médicale sur les carrières des médecins

généralistes du secteur 1. A partir d'un panel représentatif des omnipraticiens en exercice sur la période 1983-2004, nous mettons en évidence que les conditions d'installation des médecins, qui sont liées au *numerus clausus*, affectent leurs honoraires de manière durable. Une analyse économétrique permet d'identifier les effets de la date, de l'ancienneté et de la cohorte sur les honoraires. Les inégalités intergénérationnelles sont considérables. Les cohortes installées dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du baby-boom et d'un *numerus clausus* élevé : elles perçoivent les honoraires les plus faibles. En revanche, la diminution progressive du *numerus clausus* a amélioré la situation financière des cohortes installées à partir du milieu des années 1990. L'écart estimé entre les honoraires permanents des différentes cohortes peut atteindre 25%, toutes choses égales par ailleurs.

2007

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

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

Vega, A. (2007). "Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Tome 1." *Serie Etudes - Document De Travail - Drees 1(73)* : 118, tabl., ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-comportements-de-cessation-dactivite-des-medecins>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9kr8BR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport qualitatif donne la parole à une trentaine de médecins généralistes libéraux, retraités ou en fin d'activité, exerçant ou ayant exercé dans différents départements métropolitains, et invités à parler de la cessation de leur activité libérale. Il souligne et permet de mieux comprendre un certain nombre de réalités qui transcendent la diversité des situations et des pratiques des médecins. En analysant les facteurs déterminant les prolongations d'exercice et les départs précoces, ce travail socio-anthropologique met cependant en évidence l'existence de différents groupes de praticiens aux intérêts divergents. C'est dans cette hétérogénéité que les réformes "globales" ou n'intégrant que des éléments pécuniaires trouvent leurs limites.

2006

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

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

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

(2006). "Les professions de santé et leurs pratiques." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) (1)* : 83.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7HR2R0xi. Diffusion soumise à autorisation]. Ce numéro présente un panorama des professions de santé et de leurs pratiques, abordant différentes questions,

comme celle des évolutions démographiques, des salariés dans le secteur hospitalier et des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville.

2005

(2005). "Démographie médicale : vers un ciblage des zones de fragilité en médecine générale." Point De Conjoncture (Cnamts) (35-36) : 59.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS LwVHR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. Dans sa rubrique "Coup de projecteur", ce numéro double présente les premiers résultats d'une étude réalisée par la CNAMTS et un groupe d'URCAM, en collaboration avec la CCMSA et la CANAM, visant à cibler les zones fragilisées par une trop faible densité médicale. Cette étude repose sur le choix d'une méthode spécifique de découpage par zones de recours aux soins de médecine générale et permet de prendre en compte les flux réels des patients vers les cabinets médicaux, de même que les caractéristiques de leur demande de soins.

Collet, M. (2005). "Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles." Etudes Et Resultats(437) : 12, 18 graph., 14 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-pharmaciens-en-france-situation-demographique-et-0>

Après une présentation de la situation des pharmaciens en France au 1er janvier 2005, cette étude décrit leurs comportements d'entrée, de mobilité et de sortie de la vie active. Une telle analyse permet de mieux comprendre les trajectoires professionnelles des pharmaciens, leur évolution dans le temps et leurs déterminants, dans la perspective des travaux de projection démographique.

Marquier, R. (2005). "Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale." Etudes Et Resultats(393) : 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-cinq-premieres-annees-de-carriere-des-infirmiers-sortis-de>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xVQtz0. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude porte sur les caractéristiques des cinq premières années de carrière des jeunes infirmiers sortis de formation initiale en 1998. Les infirmiers ont, d'après l'enquête, une origine plus modeste que les étudiants de niveau de formation comparable et les femmes y sont plus nombreuses (84,6 %). Les nouveaux diplômés passent très peu de temps au chômage, accèdent très rapidement à l'emploi et acceptent une mobilité géographique plus importante que les autres diplômés de niveau équivalent. Les infirmiers ayant débuté dans le secteur privé sont toutefois, dans les cinq ans, passés dans le secteur public plus souvent que l'inverse. Après en moyenne quatre années d'exercice, 4 % d'entre eux choisissent d'exercer en libéral, principalement les hommes (9 % - 3 %). Lors de leur première embauche, ils sont plutôt mieux rémunérés que les autres jeunes diplômés de niveau équivalent, en revanche leur progression salariale s'avère plus faible sur cinq ans.

2001

Delaporte, F. (2001). "Les professions de santé : éléments d'informations statistiques." Collection Etudes - Document De Travail - Drees(9) : 34, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xsNhtN. Diffusion soumise à autorisation]. Après une introduction retraçant l'évolution des professions de santé dans les quinze dernières années, ce document présente plus en détail la démographie, les revenus et le temps de travail des médecins, des infirmières, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des pharmaciens.

Langlois, J. (2001). La démographie médicale future : mesures proposées par l'Ordre des médecins. Paris CNOM

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

Page 37 sur 408

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

: 21, tabl.

Grâce au rapprochement des trois registres de démographie médicale (Cnamts, Drees, Cnom), il semble possible aujourd'hui de faire des prévisions sur l'effectif futur des professions médicales. Cependant, ces prévisions ont un défaut : elles sont basées sur l'hypothèse que la médecine (connaissances et pratiques professionnelles), la demande et l'offre de soins seront dans le futur identiques au présent. Or, l'évolution de la médecine et de la société, difficilement prévisibles, ne sont pas ainsi prises en compte. Après un état des lieux sur la situation actuelle de la profession médicale, ce rapport oriente sa réflexion selon trois thèmes majeurs : la gestion des effectifs médicaux futurs en vue de maintenir le corps des actifs à un niveau déterminé (lequel ?) ; la gestion de l'offre de soins par transfert éventuel de certaines fonctions effectuées jusqu'alors par les médecins à d'autres acteurs de soins ; la stratégie à mettre en place afin de réduire les disparités géographiques.

Les travaux de l'ONDPS

L'ensemble des travaux de l'ONDPS est consultable à cette adresse :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/autres-travaux>

2021

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ondps_les_flux_d_internes_en_medecine_suivi_de_la_filiarisation2013-2018_droit_au_remords.pdf

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

Bonnet, C., Leclerc, C., Noel, C., et al. (2021). Approche synthétique des besoins de la population dans les domaines couverts par certaines formations du 3ème cycle d'études médicales. Paris ONDPS: 106.

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

En 2017, la ministre de la santé Agnès Buzyn invitait l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à faire des propositions pour « la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision à compter de 2019 pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du troisième cycle des études médicales ». C'est dans ce cadre que l'ONDPS a sollicité la Fnors pour lui apporter des éléments d'appréciation des besoins de la population dans un certain nombre de domaines au niveau national et au niveau des subdivisions d'internat. Ce document restitue les huit monographies thématiques réalisées sur les champs couverts par cinq formations spécialisées transverses (Addictologie, Douleur, Maladies allergiques, Nutrition appliquée, Sommeil) et pour les deux options du DES de Psychiatrie (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de la personne âgée).

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

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

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

ONDPS (2021). Conférence nationale du 26 mars 2021 - Rapports et propositions - Objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former. Paris ONDPS : 119.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/demographie-objectifs-nationaux-pluriannuels>

Après cinquante ans de régulation par le numerus clausus, l'offre de santé sera désormais déterminée par l'expression des besoins des territoires et l'expertise de nombreux acteurs réunis au sein de la conférence nationale. En effet depuis 2020, les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former se substituent au numerus clausus. Plus souples, concertés avec les régions, ils visent à mieux répondre aux besoins de santé. À la demande de Monsieur Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a conduit les travaux préparatoires de la première conférence nationale. L'approche a consisté à essayer de prendre en compte des éléments démographiques et non démographiques pour estimer au mieux la ressource humaine nécessaire pour répondre aux besoins de santé à échéance 2030-2040. Ce rapport présente une synthèse des travaux de la concertation régionale, organisée avec les agences régionales de santé et de la concertation nationale menée par l'ONDPS qui ont conduit à proposer des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former aux ministres des Solidarités et de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Touze, E. et Bocognano, A. (2021). Démographie des chirurgiens-dentistes. État des lieux et perspectives. Paris ONDPS : 118.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_rapport_odontologie_novembre2021.pdf

Ce rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé présente un état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes en France. Il a bénéficié des analyses, de l'expertise et de la contribution des membres du groupe de travail dédié ainsi que des travaux de la Conférence nationale du 26 mars 2021. La démographie des chirurgiens-dentistes a été très atone sur les trente dernières années et leur densité stagne sur la période récente. La situation actuelle des inégalités territoriales d'offre de soins dentaires diffère peu de celle observée en 2013. La mise en perspective de la démographie des chirurgiens-dentistes pose la question de l'adéquation de l'offre aux besoins et du flux des professionnels à former en France, ainsi que des leviers d'action sur la formation initiale des étudiants en odontologie et sur la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire.

2019

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

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

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

2016

Golfouse, A. et Pheng, B. (2015). Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales. Paris ONDPS : 65.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_oct2015-3.pdf

Après une première étude sur les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni), réalisée en collaboration avec Ylios, qui s'interrogeait sur la diversité des dispositifs destinés à orienter l'installation des médecins en ville, l'ONDPS publie une seconde étude sur Les mobilités internationales des quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Réalisée en collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), elle a pour objectif : - de procéder à une description exhaustive et historique de l'environnement réglementaire (français et européen) des flux d'étudiants et de diplômés étrangers et de cerner le stock et les flux de professionnels diplômés à l'étranger, de nationalité étrangère ou française, qui s'installent en France ; - de définir très précisément les données statistiques disponibles en la matière, tant en termes de flux entrants que sortants (taux d'évaporation des diplômés français). A travers ces deux études, qui ont bénéficié de l'engagement et de l'apport d'un grand nombre d'acteurs de la santé, l'ONDPS espère apporter un éclairage utile sur la situation actuelle notamment d'une croissance récente et importante des installations de professionnels à diplôme étranger, en particulier pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, et préconise que ce travail puisse être utilisé afin d'enrichir de nouveaux modèles de projection : - en comparant la situation française, en distinguant les professions, les spécialités, et le lieu d'exercice (établissement de santé ou ville) avec celle de quelques autres pays européens ; - en mesurant si cet afflux de diplômés étrangers présente ou non une fonction correctrice par rapport aux régions et spécialités considérées comme sous-dotées ; - en réfléchissant à l'articulation actuelle entre les dispositifs réglementaires qui régissent

ONDPS (2016). Les mobilités internationales des quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Paris ONDPS : 185, tab., graph., fig.

<http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/les-mobilites-internationales-des-quatre-professions-de-sante-flux-entrants-et>

Cette étude, réalisée en collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors), décrit, en termes de démographie médicale et d'environnement réglementaire, les mobilités de médecins, odontologistes, sages-femmes et pharmaciens (professionnels et étudiants) qui viennent exercer en France après des études à l'étranger ou qui, à l'inverse, n'exercent pas en France après leur cursus français d'études.

Pheng, B. (2016). Les sages-femmes : une profession en mutation. Paris ONDPS : 242, tab., graph., fig.

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

Cet ouvrage collectif rassemble dix contributions qui ont pour point commun d'interroger le devenir de l'exercice professionnel et de l'activité des sages-femmes. Ces contributions sont réparties en trois volets thématiques : démographie médicale, compétences élargies, nouveaux modes d'organisation.

Les travaux présentés dans cet ouvrage s'appuient sur des données ou des contributions discutées dans le cadre d'un groupe de travail mis en place à l'ONDPS en 2015-2016.

2015

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

<http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-ondps>

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

ONDPS (2015). Rapport 2013-2014 de l'ONDPS. Paris ONDPS : 205, fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_includes.pdf

Dans ce rapport, l'ONDPS présente trois études dont l'objet commun est d'apporter un éclairage concret à la question, souvent évoquée de façon théorique et politique, de la régulation démographique des professionnels de santé en France : sont en effet abordés successivement le numerus clausus de quatre professions de santé, la situation démographique des chirurgiens-dentistes, enfin le bilan de la filiarisation des épreuves classantes nationales.

2013

ONDPS (2013). État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Paris ONDPS : 41, tabl., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf

Ce document dresse un état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes sur la période 1971-2013. Il analyse les disparités régionales ainsi que l'impact de la densité médicale sur la consommation médicale à l'horizon 2040.

2010

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medicine-Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf

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

2009

ONDPS (2009). Analyse des professions. Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Rapport 2008-2009 de l'ONDPS. Tome 2. Paris ONDPS : 115.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2_Analyse_professions_insuffisance_renale_chronique_masseur_kine.pdf

Le tome 2 du rapport annuel de l'ONDPS, Analyse des professions : Insuffisance rénale chronique, masseur kinésithérapeute, fournit une analyse de la prise en charge médicale de l'insuffisance rénale chronique. L'état des lieux, plus particulièrement approfondi dans quatre régions, permet de mettre en lumière les liens entre les données démographiques, la patientèle et l'implantation territoriale des structures de soins, mais aussi d'étudier les comportements des plus jeunes. Trois scénarii d'évolutions illustrent les questions à débattre et les choix qui pourraient s'opérer. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude consacrée au métier de masseur-kinésithérapeute. Elle rassemble les principales données démographiques et identifie les diverses facettes de l'exercice du métier.

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

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

2008

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

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

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

ONDPS (2008). Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1 : la médecine générale. Paris ONDPS : 76, abl., carte, ann.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf

Le tome 1 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) établit un état des lieux de l'exercice de la spécialité médicale que constitue la médecine générale. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité, permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffectation » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet. Deux contributions complètent l'analyse. La première présente les souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale. La deuxième contribution fait ressortir, à travers l'histoire de l'institution médicale, les principales scènes et les différents moments de la construction de cette " valeur " de la médecine générale.

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome2.pdf

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

ONDPS (2008). Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 4 : Les métiers de la cancérologie. Paris ONDPS : 125, tabl., carte, ann.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome4.pdf

Le tome 4 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fournit une analyse particulière de la situation de la vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les 6 professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf

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

est aussi présenté. Ce tome comporte également une synthèse sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

2006

ONDPS (2006). Rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : synthèse générale. Paris La documentation française : 58, carte, graph.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport2005.pdf

Ce deuxième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. Ce rapport comporte une synthèse générale et trois tomes thématiques sur les professions de santé en France. La présente synthèse des travaux de l'année 2005 vise tout d'abord à actualiser les constats relatifs aux effectifs des professions de santé. Elle apporte ensuite un éclairage sur les problématiques propres à certaines professions qui se sont révélées grâce à deux années d'approfondissement sur les spécificités et les évolutions de ces métiers. Elle tente enfin de dégager les enseignements majeurs de ces premières années de capitalisation sur les modalités de régulation des professions de santé.

Collet, M., et al. (2006). Rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Tome 2 : Analyse de deux professions : pharmaciens, infirmiers. Paris La documentation française : 119, tab., graph., carte.

Ce deuxième rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. La croissance globale des effectifs de professionnels de santé est plus ou moins marquée selon les métiers. Elle s'accompagne de fortes disparités de répartition entre les territoires, les spécialités et les secteurs libéral et hospitalier. Ce rapport comporte une synthèse générale et trois tomes thématiques. Le tome II intitulé : Analyse de deux professions : pharmaciens et infirmiers, fournit, pour les pharmaciens, un état des lieux prenant en compte les effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2005. Le métier de pharmacien d'officine est aussi analysé. Quant au travail de synthèse réalisé pour les infirmiers, il fait apparaître, à partir d'un bilan de connaissances régionales sur cette profession, des questions concernant le domaine de la formation et les trajectoires professionnelles.

2004

ONDPS (2004). Rapport 2004 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : synthèse. Paris La documentation française : 54, tab., graph.

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. La synthèse fait le point sur les grandes tendances de l'évolution des professions de santé en France.

Daniel, C., et al. (2004). Les effectifs et l'activité des professionnels de santé : rapport 2004. Paris La documentation française : 156, tab.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000455.pdf>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 1 met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions

d'exercice et l'évolution des métiers des professions de santé.

Bauer, D., et al. (2004). Démographie régionale de 5 professions de santé de premiers recours : rapport 2004. Paris La documentation française : 207, tab., graph.

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 4 décrit, par canton, la démographie de cinq professions de premiers recours : médecins généralistes, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

Autres études et rapports

2021

Association des Maires Ruraux de France. (2021). "Santé : vous reprendrez bien un peu de désert ? Dossier." 36 000 Communes(372) : 7.
<https://fr.calameo.com/read/00530798976b211c0b720>

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

Babinet, O. et Isnard Bagnis, C. (2021). Les déserts médicaux en question(s), Rennes : HyGée

En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernaient près de 6 % de la population, soit environ 3,8 millions de Français. Dans l'imaginaire collectif, le désert médical, c'est la campagne à perte de vue, des villages dépeuplés, sans écoles, sans services publics et quelques habitants obligés de s'exiler pour être soignés... Or, la réalité est tout autre : au-delà de territoires dépourvus d'offre sanitaire, les déserts sont partout, de la périnatalité à la dépendance, en santé mentale, dans les maladies rares... La discordance entre besoin et offre en santé est ici retenue comme l'expression d'un désert médical. Comment notre société peut-elle laisser s'installer, parfois à son insu, ces déserts médicaux ? Comment la pandémie a-t-elle pu aggraver encore la situation et quelles leçons en tirer ? Pourquoi les solutions, dont la e-santé, ont-elles tant de mal à émerger ? En 10 questions simples et directes, ce livre propose un panorama et une nouvelle vision des déserts médicaux qui intéressera les collectivités, professionnels de santé et toute personne curieuse de la question des inégalités de santé.

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

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

Raynaud, J. et Le Bouver, S. (2021). "Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire." Journal De Droit De La Sante Et De L' Assurance Maladie(29) : 67-74.

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-lassurance-maladie-jdsam/jdsam-n29-juillet-2021/>

Les « déserts médicaux », les « difficultés d'accès aux soins » sont des sujets omniprésents dans l'actualité des territoires. Les questions de santé n'ont pas attendu la crise Covid pour s'imposer à l'agenda local. Face à ces difficultés, les collectivités sont amenées à renforcer leur travail de coordination territoriale, à la fois pour soutenir le travail des acteurs de santé en termes d'organisation du système de soin, mais aussi pour consolider leur accessibilité et leur attractivité. On a là un authentique problème d'aménagement du territoire, à plusieurs dimensions : c'est d'abord un problème de santé en termes de perte de chance ; c'est aussi le pendant sanitaire d'un sentiment plus large d'abandon des territoires concernés ; c'est enfin un problème d'attractivité croisée (la présence des soignants est un élément-clé de l'attractivité pour la population ; la présence des autres services publics est un déterminant de l'implantation des professionnels de santé). Les solutions ne sauraient donc être unidimensionnelles. Nous en esquisserons un certain nombre. Nous évoquerons enfin la crise Covid comme banc d'essai de ces organisations nouvelles (tiré du texte).

Ruraux de France., A. (2021). "Le manque de médecins : aux sources de la désertification. Troisièmes résultats exclusifs." *36 000 Communes*(382) : 4.

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

Cette étude pointe les inégalités importantes entre ville et campagne concernant l'accès aux soins en France. Dans les départements hyper-ruraux, le nombre de spécialistes est de 0,56 pour 1 000 habitants, contre 1,38 dans les territoires hyper-urbains.

2020

APVF (2020). Pour une offre de soins de qualité et de proximité dans les territoires : Contribution de l'APVF. Paris APVF: 20.

<https://www.apvf.asso.fr/publications/contribution-pour-une-offre-de-soins-de-qualite-et-de-proximite-dans-les-territoires/>

Dans cette étude, l'Association des petites villes de France propose une transformation du système de soins français et l'instauration d'une véritable démocratie sanitaire dans les territoires fondée sur la proximité et une logique de coopération entre tous les acteurs du système de soins. Avec un chantier prioritaire : la lutte contre la désertification médicale.

Genest, J. J. et Darnaud, M. (2020). Proposition de loi visant à favoriser l'installation de médecins dans les déserts médicaux, Paris : Sénat

<http://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/ppl19-356-expose.html>

En 2020, six millions de Français vivent dans ce que l'on peut nommer sans exagération un « désert médical ». Ils doivent parcourir des distances inacceptables pour avoir accès aux soins et patienter souvent des mois entiers pour consulter un spécialiste. Bien qu'ils cotisent comme l'ensemble des assurés sociaux, ces citoyens vivent une véritable rupture d'égalité, exclus de fait du principe d'universalité de la Sécurité sociale. Si cette disparité n'est pas récente, elle tend à s'aggraver. Le rapport sénatorial intitulé « Déserts médicaux : agir vraiment », présenté le mardi 5 février 2013 par M. Hervé Maurey, pointait déjà ce problème. Cette inégalité dans la répartition territoriale de l'offre de soins s'illustre par des écarts sensibles entre les différents départements, et est encore plus marquée au niveau infradépartemental. À cette échelle, les zones rurales sont les plus concernées par le manque de médecins. Les perspectives sont d'autant plus sombres que le nombre de généralistes âgés de moins de quarante ans y est bien trop faible, comme le confirment les observations récentes de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) du ministère de la santé. Dans ces conditions, on doit s'attendre à une très forte dégradation de l'offre de soins libérale dans les territoires ruraux, s'ajoutant à une situation déjà tendue à l'extrême. Celle-ci ne pourra être résorbée par le seul abandon du numerus clausus dans les études de médecine à compter de la rentrée 2020, d'autant plus que ses premiers effets ne seront pas perceptibles avant

l'achèvement de la formation des étudiants, soit l'horizon 2030. C'est pourquoi, afin de répondre au besoin de mesures à effets rapides, l'article unique de la présente proposition de loi propose d'élargir le dispositif prévu par la loi du 24 juillet 2019 pour certains territoires ultra-marins à toutes les zones concernées. Il permettrait ainsi, dans le cadre et les garanties strictement définies par le texte précité, l'installation de praticiens issus de pays ne figurant pas parmi les critères définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique, et dans les zones sous tension déjà délimitées par les agences régionales de santé. Tandis que de nombreuses régions françaises sont victimes d'une forte pénurie de praticiens, des pays dont la qualité de la médecine est unanimement reconnue possèdent une forte démographie médicale, dont bénéficient déjà d'autres États. La France ne peut plus se passer de médecins compétents en raison de règles trop rigides : la responsabilité du législateur et, en premier lieu du Sénat, dont la vocation est d'être à l'écoute des territoires en souffrance, est donc d'adopter des mesures temporaires d'urgence pour faciliter l'installation de nouveaux médecins.

Maurey, H. et Longeot, J. F. (2020). Rapport d'information sur les déserts médicaux. Paris Sénat: 85.

<http://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282.html>

Dix ans après la loi Bachelot dite « HPST » et malgré l'accélération du rythme d'adoption des lois et plans « Santé », les politiques mises en place pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins demeurent manifestement insuffisantes. Face à l'évidence, les gouvernements successifs continuent de repousser les solutions volontaristes qui leur sont proposées. Depuis sa création, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat porte une attention constante à ce sujet. Si elle se réjouit que des avancées aient eu lieu (télémédecine, réforme des études de santé, partages de compétences entre professionnels de santé) dans le cadre de la récente loi du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, elle considère que tout n'a pas été tenté. Dès lors, elle recommande : 1. d'avancer sur le chemin d'une troisième voie, entre incitation financière sans contrepartie et coercition à l'installation des médecins, de régulation progressive des installations de médecins, pour rééquilibrer l'offre médicale dans le pays au bénéfice des territoires ruraux les plus fragiles ; 2. de mieux adapter l'organisation du système de soins à la réalité des territoires, en renforçant l'association des collectivités territoriales à la politique de santé et en activant l'ensemble des leviers susceptibles de libérer du temps médical dans les territoires.

ORS (2020). "Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé. Perceptions et pratiques dans les Pays de la Loire." 11.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_panel4_mg_demographie_P_S_23.pdf

Dans le cadre de la 1ère vague d'enquête du Panel 4 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale menée entre octobre 2018 et avril 2019, les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire ont été interrogés au sujet de la démographie des professionnels de santé de leur zone d'exercice. Ce document décrit ainsi : - leurs perceptions de l'offre de soins en médecine générale sur leur territoire d'exercice, - leurs difficultés à répondre aux sollicitations des patients ou à orienter ces derniers vers leurs confrères spécialistes ou vers des professionnels paramédicaux, - leurs adaptations face aux perspectives d'évolutions de l'offre de soins libérale, - les déterminants du choix de leur lieu d'installation actuel. Les résultats présentés décrivent l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire (hors modes d'exercices particuliers exclusifs). Un focus est proposé pour les médecins exerçant en zone de sous densité médicale. Ce document n'analyse toutefois pas en détail les disparités territoriales, notamment départementales.

2019

Caby, D., Zafar, J. D. et Cluzel, V. (2019). "Comment lutter contre les déserts médicaux ?" *Tresor-Éco*(247) : 12.

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2019/10/11/tresor-eco-n-247-comment-lutter-contre-les-deserts-medicaux>

Depuis les années 2000, certains territoires français, les zones sous-denses ou « déserts médicaux », présentent des difficultés, variables selon les spécialités, à maintenir une offre suffisante de médecins. Cette situation perdure malgré la mise en place d'aides incitant les médecins à s'installer en zone sous-dense, dont l'efficacité reste à évaluer. La suppression du numérus clausus, qui limitait les effectifs de médecins à la fin de la première année d'études ou le renforcement du nombre de consultations à nombre de médecins inchangé (via le déploiement d'assistants médicaux), prévus par la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 : un engagement collectif » et concrétisés par la loi d'organisation et de transformation du système de santé, propose des réponses à long terme au manque général de médecins. Toutefois, des réponses complémentaires aux déséquilibres territoriaux pourraient se révéler utiles, l'augmentation à terme du nombre de médecins pouvant ne pas être suffisante en elle-même pour une meilleure allocation entre offre et besoins au profit des zones sous-denses. Sans remettre en cause le principe de liberté d'installation, son adaptation temporaire à court terme dans certaines zones particulièrement sur-dotées pourrait être envisagée, afin d'éviter une accumulation de l'offre là où elle est déjà très forte et de tendre à une plus grande adéquation entre densité médicale et première installation. Ceci ne pourrait être mis en place que de façon progressive et en étroite concertation avec les médecins, pour ne pas risquer d'affecter l'attractivité de l'exercice libéral. Par ailleurs, certaines mesures pourraient intervenir au moment des études de médecine : - en fléchissant des places à l'internat vers des installations dans ces zones ou en ouvrant des places supplémentaires pour les premiers étudiants réorientés au cours du premier cycle, à condition qu'ils s'installent en zone sous-dense ; - en réallouant les places à l'internat dans les spécialités attractives vers les régions ayant des difficultés à attirer les nouveaux internes ;

CNOM (2019). Démographie des pharmaciens : panorama au 1er janvier 2019. Paris CNOP : 100, tabl., ill.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/458867/2117170/version/1/file/la-demographie-2019-brochure-web.pdf>

Comme chaque année, l'Ordre national des pharmaciens publie son panorama démographique des pharmaciens au 1er janvier 2019. Les tendances observées précédemment se confirment : le maillage territorial est harmonieux, favorisant ainsi l'accès à des soins de proximité, le renouvellement de la profession est assuré, les pharmaciens sont de plus en plus jeunes et la profession est particulièrement féminine.

Garot, G. (2019). Mesures d'urgence sur la désertification médicale. Paris Assemblée Nationale : 2 vol. (63 +31).

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

Mangenev, C. (2019). "L'accessibilité aux médecins généralistes en Ile-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales." Synthese : Observatoire Regional De Sante Ile-De-France : 4.

La France, comme les autres pays développés, se trouve dans un contexte de répartition inégale des ressources en santé sur le territoire. L'Île-de-France n'est pas épargnée par ce processus. La question de l'accès aux médecins généralistes occupe une place croissante dans le débat public. Évaluer les inégalités d'accessibilité est un enjeu. La mesure des niveaux d'accessibilité aux soins s'est notablement améliorée ces dernières années grâce à l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) développé, au niveau national, par la Drees et l'Irdes. En se focalisant sur une seule région (l'Île-de-France), de nouvelles données deviennent disponibles et permettent de proposer des adaptations de cette méthode nationale aux spécificités franciliennes. Différentes hypothèses sont testées. Les

résultats sont présentés sous forme de scénarios, illustrés cartographiquement pour en avoir une lecture spatiale. Cette étude a été menée en collaboration avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Parmi les résultats marquants : les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale. La réduction de l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, met en exergue des disparités infra-communales importantes. La prise en compte des interactions entre l'offre et la demande à l'échelle régionale est la seconde évolution qui modifie le plus les niveaux d'accessibilité mesurés. L'intégration de la dimension sociale des besoins et des pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun...) a des impacts plus locaux. Enfin, la mise en contexte plus globale de l'indicateur, notamment en tenant compte des offres médicales alternatives en spécialistes de premier recours, conduit à apporter une vision des équilibres infra-régionaux très sensiblement modifiée. Les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale.

Rochoy, M., Favre, J. et al. (2019). "Attirance des étudiants en quatrième année de médecine pour la médecine générale : évolution à Lille." *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **15**(5) : 233-240.

La filière universitaire de médecine générale est apparue en 2008 et s'instaure progressivement dans les études médicales, notamment dans le deuxième cycle. L'objectif était de décrire l'évolution de l'attirance des étudiants en quatrième année de médecine de Lille pour la médecine générale, à travers les évaluations du séminaire obligatoire de la discipline sur quatre années (2012 à 2015). L'attirance des étudiants pour la médecine générale a progressé. Les étudiants sont de plus en plus nombreux à avoir des notions sur la discipline médecine générale. Ils plébiscitent la rencontre précoce avec la médecine générale au cours de leur cursus.

Silhol, J., Ventelou, B. et Marbot, C. (2019). "Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ?" *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(2) : 215-249.

Selon les projections récentes, les effectifs de médecins libéraux diminueront de 30 % d'ici à 2027 et la densité standardisée diminuerait jusqu'en 2023, créant des poches de sous-densité relativement nombreuses sur le territoire français métropolitain. L'article s'intéresse aux ajustements que les médecins généralistes de ville mettent en œuvre lorsque, sur leur territoire, ils sont d'ores et déjà confrontés à cette raréfaction. Les données utilisées sont celles du troisième panel des médecins généralistes enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS. Nous nous sommes appuyés sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé, développé par l'IRDES et la DREES, pour définir les zones les moins dotées en généralistes. En comparant les comportements des généralistes exerçant dans les zones les moins dotées à leurs homologues des zones mieux dotées, il est apparu d'abord que le planning d'activité du médecin tend à s'intensifier plutôt qu'à s'allonger. Nos données semblent en effet montrer que les rythmes de consultation dans les zones les moins dotées sont plus élevés, alors que le temps de travail global des généralistes s'avère quant à lui peu réactif à la densité en médecins alentour. On note aussi quelques différences statistiquement significatives sur les pratiques médicales : usage accru de certains médicaments, moins de renvoi vers des soins paramédicaux, suivis gynécologique probablement un peu moins réguliers, etc. Cependant, il semble que les différences ne sont pas statistiquement significatives pour les indicateurs de qualité des pratiques rattachés au dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

URPS (2019). [Pénurie de médecins spécialistes en Île-de-France : L'URPS médecins lance l'alerte](https://www.urps-med-idf.org/penurie-de-medecins-specialistes-liberaux-en-ile-de-france/), Paris : URPS

L'Union régionale des médecins libéraux Île-de-France publie une série de données inédites pour quantifier la pénurie de médecins libéraux spécialistes, à l'échelle de la région et des départements. Les données de l'URPS médecins montrent que la baisse du nombre de médecins libéraux est généralisée, celle-ci n'épargne aucune spécialité et aucun département.

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

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/renforcer-lacces-aux-soins-en-ile-de-france-point-detape-fin-2018>

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

Bismuth, M., Boyer, P., Rodriguez, J., et al. (2018). "Le choix de la médecine générale aux ECN : "des déterminants qui s'installent dans le paysage"." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14(8)** : 377-384.

La population de médecins généralistes par habitant en France est en baisse pour plusieurs raisons : numerus clausus ouvert tardivement, départs en retraite... Les départements universitaires de médecine générale comme celui de Toulouse ont mis l'accent sur une formation de qualité et cela est en train de porter ses fruits. Notre étude s'attache à déterminer les composantes du choix de la médecine générale à Toulouse entre les années 2014 à 2017 et à les comparer aux deux précédentes études réalisées entre 2008 et 2013.

Caby, D., Deffin, C. et Zafar, J. D. (2018). Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine ? Documents de Travail ; 2018/5. Paris DG Trésor : 27.

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2018/07/06/document-de-travail-n-2018-5-comment-se-determinent-les-choix-de-specialite-et-de-region-de-formation-des-etudiants-en-medecine>

L'organisation des études de santé en France s'articule autour de deux concours : la PACES en fin de première année, et les ECN en fin de sixième année qui permettent aux étudiants de choisir un poste d'interne, pour une spécialité et une région de formation données, en fonction du classement qu'ils ont obtenu. Après avoir analysé les évolutions passées relatives à ces deux concours, le document détermine les caractéristiques qui semblent déterminantes dans les choix pour une spécialité ou une région de formation, à partir d'une modélisation ad-hoc développée à cette fin. Cette modélisation permet en outre d'estimer, si entre choix de la spécialité ou choix de la région de formation, l'un prédomine ou non sur l'autre. Les principaux résultats montrent que les choix ne dépendent que très peu du sexe des étudiants et que le choix de la spécialité paraît prédominant relativement à celui de la région de formation. À cet égard, la forte différenciation entre spécialités et le relativement faible intérêt pour la médecine générale ou pour les disciplines liées à la prévention sont potentiellement des éléments à prendre en compte quant à l'allocation optimale de l'offre de soins concernant les besoins immédiats et à venir.

Casassus, P., Abramovici, F., Galam, E., et al. (2018). "Sauver le médecin généraliste." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14(1)** : 4-6.

Voici le titre d'un ouvrage qui vient de paraître sous la plume conjointe de Patrice Queneau et Claude de Bourguignon, un universitaire membre de l'Académie de Médecine et un généraliste [1]. Comment en est-on arrivé à devoir choisir un tel titre ? La France si souvent – et justement – donnée en exemple pour son système de santé, une crise médicale grave. La désertification médicale est criante. Elle est le fruit du départ à la retraite massif des médecins issus du « baby-boom » de l'Après-guerre et de la

décision de quelques habiles énarques de ministère qui, dans les années 1970-1980, devant le gouffre croissant du déficit de la Sécurité sociale, ont eu la judicieuse idée de réduire le nombre du principal fautif : le médecin prescripteur... Ainsi, en diminuant (de plus de la moitié) le nombre de médecins, ils espéraient logiquement diminuer le nombre de prescriptions et donc de dépenses de santé. Ils ont seulement oublié de réduire aussi le nombre de malades... Grossière erreur aggravée désormais par deux autres paramètres insuffisamment pris en compte par l'administration qui a relevé depuis une dizaine d'années le fameux *numerus clausus* à l'entrée en faculté de médecine : l'allongement important de la durée de vie (avec une augmentation franche du nombre de sujets âgés, aux besoins médicaux élevés) et un pourcentage croissant de femmes parmi les étudiants (qui atteint souvent les 75 %). Or – ce n'est ni une critique, ni désobligeant pour elles – les femmes médecins ont souvent une activité volontairement réduite en temps, certaines même commençant par une période de quelques années consacrées à leurs enfants avant de se lancer à plein dans leur carrière : cela exigerait d'en tenir compte dans l'évaluation du nombre de médecins à former...

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

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

Ce rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat accompagne une proposition de loi visant à remédier à la désertification médicale dans certains territoires français. Les mesures proposées sont les suivantes : le conventionnement territorial, le tiers payant intégral dans les centres et les maisons de santé.

Mangeney, C. et Gremy, I. d. (2018). Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Paris Orsif : 130, tab., fig., cartes.

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en oeuvre par les puissances publiques.

Schmitt, Y. et Barnay, T. (2018). "Faut-il limiter la liberté d'installation des médecins ? Entretien avec Yannick Schmitt et Thomas Barnay." *Cahiers Français*(406) : 103-115.

Dans un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie publié fin 2017, la Cour des comptes proposait, dans l'idée de rendre l'accès aux soins plus équitable, de limiter la liberté d'installation des médecins libéraux par le biais d'un système de conventionnement sélectif, qui serait fonction de la zone géographique d'installation et des besoins de sur ce territoire. Yannick Schmitt et Thomas Barnay livrent dans cet article leurs points de vue respectifs sur le sujet.

2017

Arnault, F. (2017). Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins : 25.

Ce rapport du CNOM identifie les principales catégories d'initiatives en matière d'offre de soins qui portent d'ores et déjà leurs fruits dans les territoires : La création de maisons pluridisciplinaires de santé, accompagnée d'un travail mené par tous les acteurs pour en assurer la meilleure répartition géographique au sein d'un territoire ; L'accompagnement et l'encouragement aux stages professionnalisants pour les étudiants en médecine ; La mise en oeuvre de lieux multiples d'exercice pour les praticiens ; La promotion de l'assistantat auprès de médecins installés, sous toutes ses formes.

Cardoux, J. N. et Daudigny, Y. (2017). Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Paris Sénat : 129, tab., graph., fig.

<http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

La France ne manque pas de professionnels de santé mais leur répartition sur le territoire est très inégale. En outre, les tensions devraient s'accroître à court terme du fait des perspectives de la démographie médicale. La question de l'accès géographique aux soins cristallise un sentiment d'abandon d'une partie de la population et des élus, dans un domaine où l'attachement à une prise en charge solidaire est fort. Elle est toutefois le symptôme de fragilités territoriales dont les enjeux dépassent la politique de santé et appellent une réponse cohérente des différentes politiques publiques. Les nombreux dispositifs mis en place pour favoriser le développement ou le maintien de l'offre de soins primaires dans les zones fragiles (aides à l'installation, mesures fiscales, aides à l'investissement, bourses d'étude, etc.) poursuivent des ambitions louables. Cependant, mis en place en ordre dispersé, leur articulation est imparfaite ; par ailleurs, ils se sont superposés sans évaluation, dans des zones aux contours fluctuants. Pour les rapporteurs de ce rapport sénatorial, il est nécessaire de bâtir des réponses concertées avec les acteurs de terrain pour agir plus efficacement.

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

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

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

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

2016

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

<https://www.cairn.info/journal-les-tribunes-de-la-sante1-2016-1-page-67.htm>

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

2015

(2015). Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Paris

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

Page 52 sur 408

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

CGET : 95, tab., graph., carte.

Les études menées pour expliquer le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre en médecine générale insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes et pour leur famille avec carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé...). Face à ces nouvelles attentes et priorités, certains territoires présentent des atouts, alors que les faiblesses d'autres territoires se traduisent par l'existence de zones fragiles. L'étude cible son analyse au périmètre des jeunes médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) s'installant ou exerçant en ambulatoire (libéral, salariés en centre de santé...). Elle est organisée en trois phases : • Phase 1 : Identifier les facteurs d'attractivité des territoires pour les jeunes médecins ; • Phase 2 : Établir une typologie des territoires en fonction de leur attractivité ; • Phase 3 : Identifier des pistes d'actions et des bonnes pratiques. Cette étude a consisté à dresser une typologie des territoires sur la base d'indicateurs territoriaux, traduisant les facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins généralistes. Cette attractivité « théorique » a ensuite été comparée avec l'attractivité « réelle » (flux réels d'installation des jeunes médecins). In fine, ces travaux orientés vers l'action ont également porté sur la définition de pistes d'actions susceptibles d'aider les acteurs locaux à pérenniser ou développer l'offre de soin, en fonction des critères d'attractivité (extrait du préambule).

(2015). "Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires." En Bref(4) : 4, tab., graph., carte.

La géographie de l'installation des jeunes médecins généralistes a sensiblement évolué durant les trente dernières années. La décennie 1980 s'est caractérisée par une très nette polarisation des installations dans le grand Sud-Est. Sans rupture majeure avec la décennie précédente, les années 1990 ont vu également un accroissement de l'attractivité des territoires de la façade atlantique. Mais les années 2000 ont été marquées par de réelles différences avec les décennies précédentes. Cette étude analyse la variabilité de ces installations médicales.

(2015). Pacte territoire santé 2, Paris : Ministère chargé de la Santé

Le « pacte territoire santé 2 » propose des mesures innovantes pour s'adapter aux besoins des médecins et des territoires. Il se décline en 10 engagements autour de deux axes. Le premier axe s'attache à pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé à savoir : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville; faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles ; favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains; assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes. Le second axe est centré sur l'innovation pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine ; augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants ; soutenir la recherche en soins primaires Innover dans les territoires ; mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien ; favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents ; soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

(2015). Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes : 185-216, tabl.

La Cour dresse un bilan décevant des actions entreprises depuis une vingtaine d'années pour réorganiser l'offre de soins, qui reste toujours trop centrée sur l'hôpital (37 % des dépenses de santé). Les modes d'organisation des soins de ville ont peu évolué et les inégalités d'accès à la médecine de ville demeurent fortes. De nouvelles réorganisations s'avèrent indispensables. Le réseau des maternités, restructuré en profondeur depuis la fin des années 90, continue ainsi de présenter des situations vulnérables, notamment en raison de difficultés lourdes de recrutement et de déséquilibres financiers. Quant aux 18 centres de lutte contre le cancer, les fragilités de certains d'entre eux posent la question de leur avenir.

Denoyel-Jaumard, A. et Bochaton, A. (2015). "Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquences de la féminisation de la profession ?" Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires : 14.

<https://journals.openedition.org/rfst/442>

La féminisation de la profession médicale est un phénomène croissant, de plus en plus étudié par les historiens, sociologues ou médecins qui analysent son impact sur les évolutions du métier dans un contexte d'augmentation des inégalités en matière de santé. Mais alors que les inégalités de répartition des médecins vont croissantes, les géographes se sont peu penchés sur le lien entre féminisation et organisation territoriale de l'offre de soins. De nombreux rapports officiels et travaux scientifiques montrent que les écarts de répartition de médecins augmentent sur le territoire français et à différentes échelles (Maurey, 2013). La tendance actuelle est à la concentration des médecins en zone urbaine et par conséquent un délaissement des zones rurales désignées généralement par l'expression de « déserts médicaux ». L'objectif de cet article est d'explorer les facteurs couramment évoqués et perçus pour expliquer ce phénomène. Parmi ces derniers, nous verrons comment la féminisation de la profession médicale est souvent désignée comme un déterminant central des évolutions actuelles de la médecine et de la distribution inégale des médecins sur le territoire français. Outre la féminisation de la profession de médecins, il convient d'avoir à l'esprit que le secteur médical traverse également de nombreux changements liés au contexte actuel de départ massif à la retraite, à l'application du numerus clausus pendant de longues années et aux attentes de la nouvelle génération de médecins. Face à la diversité des facteurs démographiques, économiques, sociaux et territoriaux qui sont au cœur des changements de la profession, nous déterminerons la manière dont les représentations et les discours associés à la féminisation du métier perdurent et tendent à simplifier les évolutions complexes du métier.

2014

(2014). Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins : 136, tabl., fig.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) publie pour la première fois une étude sur les flux migratoires et trajectoires des médecins - situation en 2014, réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre 2014. Terre d'accueil, la France a toujours attiré beaucoup de médecins mais contrairement aux idées reçues, l'arrivée des médecins nés hors de France et/ou disposant d'un diplôme européen ou extra-européen ne permet pas de régler les problèmes de démographie médicale dans les territoires en tension car la majorité des titulaires de diplômes étrangers (62,4 %) se tournent vers le salariat, en particulier le service public hospitalier.

Adenot, I. (2014). L'officine française : le contraire d'une rente. Paris CNOP : 30, tab., graph., fig.

Ce document sur la pharmacie d'officine en France fait suite à la parution du rapport de l'Inspection générale des finances sur les professions réglementées. Il revient sur le monopole pharmaceutique, qui est une mission de service publique au service des patients et montre que la pharmacie d'officine est un acteur majeur des économies de santé, mais une économie actuellement fragilisée. Il propose des voies nouvelles d'évolution.

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

Au 1er janvier 2014. Depuis 2007, tous les médecins diplômés sortant des facultés sont spécialistes. Cette évolution favorable a cependant créé deux populations ; l'une composée, d'une part, des diplômés du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) depuis 2007 et, d'autre part, des généralistes qualifiés par l'Ordre des médecins à la suite de l'avis des Commissions de qualification ordinaires. L'autre est composée des médecins exerçant la Médecine Générale, ou d'autres activités dont les critères ne sont pas ceux de la maquette du DES de Médecine Générale. Aussi, aujourd'hui,

seuls 44 % des médecins inscrits en Médecine Générale à l'Ordre sont qualifiés spécialistes. Un travail de concertation a été mené pour analyser la situation de l'ensemble des généralistes inscrits à l'Ordre. Cette discussion a rendu nécessaire une analyse détaillée de ces médecins quant à leur mode d'exercice, leur activité, leur statut. Le tout permettant de mettre en place, avec les structures professionnelles représentatives (le collège de spécialités, l'Université, le CNU, l'Ordre, les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur), la concertation nécessaire pour permettre à ces médecins d'être spécialistes, dans une des 42 spécialités reconnues aujourd'hui en France, ou d'en créer des nouvelles et de savoir « Qui fait Quoi » en Médecine Générale. Ce rapport rend compte de cette analyse.

Ferrante, A. (2014). "Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé." Insee Première(1525) : 4, 4 tabl.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281354>

En 2012, près de 24 000 pharmacies sont implantées en France. Elles ont réalisé un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, soit 53 % de plus qu'en 2000 en valeur. Au cours des dernières années, la croissance en valeur du commerce de détail de produits pharmaceutiques, traditionnellement dynamique, s'est éteinte, en lien avec la baisse des prix des médicaments remboursables. Néanmoins, le taux de marge commerciale est reparti à la hausse depuis 2006 et atteint 27,5 % en 2012. En 2012, les médicaments remboursables composent toujours l'essentiel du chiffre d'affaires des pharmacies, mais leur poids diminue au profit des spécialités non remboursables, dont l'indice des prix progresse fortement sur la période 2000-2012. Tout en restant très largement minoritaire, la parapharmacie décolle. Sur la même période, le paysage juridique des pharmacies a aussi évolué. L'exploitation associée est devenue majoritaire du fait des difficultés à créer de nouvelles officines. Les sociétés d'exercice libéral, plus avantageuses fiscalement et au moment de la transmission, sont en plein essor : en 2012, plus d'une pharmacie sur quatre fonctionne sous ce statut. Une pharmacie sert en moyenne 2 700 habitants en France métropolitaine, mais la répartition territoriale n'est pas uniforme (résumé auteur).

Huguier, M. et Romestaing, P. (2014). "Numerus clausus et démographie médicale en France." BULLETIN DE L'ACADEMIE DE MEDECINE 198(7) : 1367-1378.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/7.2014.pdf>

En France, le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année d'études (numerus clausus) a été limité par des lois : de 1971 en fonction des possibilités de formation pratique hospitalière et depuis 1979, en tenant compte des évolutions démographiques. L'objectif de 250 médecins pour 100 000 habitants paraissait alors raisonnable et impliquait de former chaque année 6 000 nouveaux médecins. Un nombre moindre avait été prévu, transitoirement, pour compenser une bosse démographique prévisible un peu après l'année 2000. Ces mesures ont été progressives pour ne pas défavoriser brutalement une génération par rapport aux autres. Elles ont encore été modulées par région afin d'atténuer les disparités régionales existantes, la quasi-totalité des étudiants s'installant dans la région où ils ont fait leurs études. La logique aurait voulu de faire une pré-sélection à l'entrée des études. L'opposition absolue des étudiants a amené à faire cette sélection en fin de première année, ce qui a encore plus de contreparties. À la fin des années 80, le numerus clausus aurait dû être réaugmenté, ce qui n'a été le cas que dix ans plus tard. Les estimations sur la démographie médicale sont compliquées car le système est loin d'être étanche. Il convient d'intégrer dans la réflexion les médecins de l'Union Européenne (EU) qui viennent travailler en France, mais aussi le nombre croissant d'étudiants français qui, après avoir échoué au passage en seconde année, vont se former à l'étranger avant de revenir passer l'examen classant national en fin de deuxième cycle. Des décisions communautaires sont souhaitables pour faire évoluer le numerus clausus des études médicales des pays de l'UE vers une certaine harmonisation quantitative. Enfin, en France, la réglementation hospitalière doit beaucoup mieux contrôler le dévoiement indirect du numerus clausus par l'embauche de médecins hors UE sur des postes laissés vacants.

Leca, A., et al. (2014). "Les déserts médicaux." Cahiers de Droit de la Santé (Les) : Juridiques, Historiques et Prospectifs(19) : 190, tab., graph., fig., carte.

Alors que la France ne manque pas de médecins, ayant même une densité médicale supérieure à celle de la plupart de ses voisins, elle fait face à un phénomène destructeur de son système de santé tant revendiqué : les déserts médicaux. Les statistiques, mais surtout l'examen de la démographie médicale viennent enrichir ce bouquet de réflexions pour établir un constat alarmant : les campagnes et les banlieues sont délaissées par les praticiens privés au profit des grands centres-villes de France. Dans un tel contexte, les auteurs mettent en avant une question : la liberté d'installation de ces praticiens ne doit-elle pas être remise en cause quand, souvent, les petites communes ne se retrouvent qu'avec un seul prescripteur dans les meilleurs cas ? Cet ouvrage documenté se veut être le reflet des questions qui se posent aujourd'hui sur le sujet en présentant un modèle de comparaison éloquent : le National Health Service de l'Angleterre qui favorise grandement l'implication des pouvoirs publics dans l'offre de soins (4e de couverture).

2013

Chasles, V., et al. (2013). "La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise." *Geoconfluences* : 13.

A l'heure où les débats sur la question des « déserts médicaux » se multiplient, cet article se propose de faire un état des lieux de la démographie médicale en France à travers le prisme des différentes échelles communément retenues dans ce domaine. L'exemple de la région Rhône-Alpes, et plus particulièrement celui de l'Ardèche, permettra d'illustrer à la fois la pluralité des inégalités territoriales et la complexité des situations inhérente à l'imbrication des sphères économique, politique et sociologiques. Au regard des constats nationaux et des réalités locales, il faudra finalement s'interroger sur l'efficacité des mesures visant à limiter la désertification médicale.

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

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

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

2012

(2012). "Pénurie de médecins : comment obtenir une meilleure répartition sur le territoire ?" : 2.

<http://www.ifrap.org/Penurie-de-medecins-comment-obtenir-une-meilleure-repartition-sur-le-territoire,12822.html>

De plus en plus souvent, les pouvoirs publics doivent trouver des solutions face à des zones de « désert médical ». Alors que le nombre de médecins est globalement suffisant, leur répartition est délicate à réguler. Pourtant, les besoins ne peuvent que s'intensifier avec l'essor des maladies chroniques et de la dépendance. L'Assurance Maladie publique ne remplit pas son objectif premier d'assurer l'accès aux soins pour tous, tout en s'enlisant dans un déficit récurrent (10 milliards d'euros en 2011). La France dépense déjà plus pour la santé que ses voisins européens, et il est peu probable qu'une augmentation de dépenses résolve à elle seule le problème. Mais comment résoudre les problèmes de pénurie médicale, tout en réduisant les coûts ? Comme d'autres pays commencent à le faire, il est essentiel de rechercher des méthodes permettant de résoudre ce problème de pénurie tout en réduisant les coûts

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

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

Marie, R. (2012). "La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question." Droit Social(4) : 404-410.

La répartition des médecins sur le territoire national est une question essentielle pour garantir un égal accès aux soins. Cet article dresse un historique de la politique mise en place depuis la loi d'août 2004 pour réguler l'offre de soins. Les politiques reposent essentiellement sur des mesures financières instaurées dans le cadre des études médicales et dans celui de l'installation professionnelle. Elles refusent les mesures coercitives et seraient à réorienter.

Rousset, G. (2012). "La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux." Revue De Droit Sanitaire Et Social(6) : 1061-.

La lutte contre les « déserts médicaux » a été marquée par la loi HPST. Pourtant, plus de trois ans après son entrée en vigueur, un rapide bilan montre une efficacité plus que limitée des principaux dispositifs qu'elle a adoptés en la matière : le contrat d'engagement de service public est encore peu appliqué, tandis que le contrat santé solidarité a été vidé de sa substance. Dans ce contexte, il se révèle opportun d'analyser les conventions signées entre l'Assurance maladie et les syndicats de multiples professions de santé, lesquelles ont recours de manière variable à des dispositifs d'incitation mais aussi de coercition.

2010

Bourgueil, Y. (2010). "La médecine générale dans tous ses états. Entretien avec Yann Bourgueil : Dossier spécial médecine de proximité." Reseaux Sante & Territoire(32) : 13-16.

Remy Fromentin recueille les propos de Yann Bourgueil qui propose un état des lieux de la médecine générale : les problèmes, la loi, le territoire.

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

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

Haas, S. et Vigneron, E. (2010). "La démographie médicale et paramédicale. L'inégalité des possibles." La Gazette Sante Social(2 /37-2047) : 32, tabl., cartes.

http://www.fehap.fr/jcms/fehap_61710/la-demographie-medicale-et-paramedicale-octobre-2010

Cette étude sur la démographie médicale et paramédicale, a analysé les dernières données disponibles (mai 2010), à l'échelon cantonal. Sa première partie fait un état des lieux en constatant un déséquilibre généralisé à l'échelle nationale et un déséquilibre grandissant à l'échelle locale entre les grandes villes et les territoires périphériques. La deuxième partie examine les causes et remèdes de ces disparités territoriales.

Leicher, C. (2010). "Le médecin libéral en 2010." Seve : Les Tribunes De La Sante(28) : 55-63.

La médecine libérale remplit aujourd'hui, à travers la fonction de médecin généraliste traitant, une mission de santé publique en constituant le premier niveau d'accès aux soins, et offre, à travers celle de médecin correspondant pour les autres spécialités, une possibilité d'avoir des avis techniques évitant des recours inutiles à l'hôpital. La confrontation entre la nécessité d'organiser un système de santé accessible à tous et l'organisation libérale de l'activité médicale a donné lieu historiquement à une situation de conflit durable. L'avenir pourrait pourtant consister à trouver des alliances entre les atouts de la médecine libérale et les objectifs de santé publique qui doivent guider le fonctionnement du système de santé. Mais pour cela il faut que le premier étage du système perdure. Or, la médecine générale libérale est en difficulté, tant à cause du syndicalisme médical qui n'a pas historiquement assumé son rôle que du fait de l'inculture en santé publique de beaucoup de décideur. (résumé de l'éditeur).

2009

Ambroise-Thomas, P. (2009). La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution et assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Paris Académie Nationale de Médecine : 6, tabl., fig.

Aucune politique de santé ne peut se concevoir sans une connaissance précise et surtout sans des prévisions à long terme des besoins médicaux et des moyens de les satisfaire. La démographie médicale est l'un des éléments-clés de cette prospective. Elle recouvre un ensemble complexe de données qui concernent aussi bien les besoins à l'échelon national, que la nécessité d'assurer une offre de soins aussi homogène que possible sur l'ensemble de notre territoire. Tout le corps médical, quelles que soient les spécialités considérées, est évidemment concerné, mais cette étude se limite à la médecine générale, car elle est la base essentielle du système sanitaire français. Elle envisage d'abord, à l'échelon national, la démographie actuelle des médecins généralistes puis, surtout, la nécessité de réaliser des études prospectives et d'en tirer les conséquences. Puis en s'appuyant sur un rapport de l'Académie nationale de Médecine de Mars 2007, et sur des données plus récentes, elle rappelle ensuite les diverses mesures envisagées pour corriger l'inégale répartition de l'offre de soins, en soulignant dans chaque cas les avantages mais aussi les difficultés et les inconvénients prévisibles

Bourgueil, Y. (2009). "Territorialisation et soins de premiers recours : un cadre à remplir, une dynamique professionnelle à prendre en compte." Lettre Du Collège (La) (4) : 3-5.

<https://www.ces-asso.org/publication/la-lettre-du-college-decembre-2009>

Après l'hôpital, engagé depuis de nombreuses années dans un processus de territorialisation, il est désormais question de définir des territoires de premiers recours dans une visée planificatrice globale au travers de schémas régionaux d'organisation sanitaires ambulatoires (SROS).

Burdillat, M. (2009). "Les nouvelles questions posées à la démographie médicale." Regards Croisés Sur L'économie(5) : 74-85.

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-74.htm>

En tant que membres d'une profession libérale, les médecins du secteur ambulatoire peuvent librement choisir leur lieu d'installation. Malgré la forte croissance du nombre de médecins (+ 15 % entre 1995 et 2005), des déserts médicaux se sont ainsi formés au cours du temps. Même dans les régions fortement dotées en médecins, l'accès aux soins peut rester difficile pour les personnes les plus modestes quand les praticiens opèrent essentiellement en secteur 2, c'est-à-dire lorsqu'ils tarifient leurs services au-delà du plafond remboursé par la Sécurité sociale. On ne pourra pas réduire les inégalités territoriales sans une remise en cause des principes de la médecine libérale ? ou une révolution de ses conditions d'exercice (résumé d'auteur).

Dang, Han Doan, B. (2009). "Le Numerus Clausus des études médicales en France (1967-2009)." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales 49(3) : 341-370.

[BDSP. Notice produite par OBRESA R0x8kDBo. Diffusion soumise à autorisation]. Ce texte a été publié en version préliminaire dans le n° 19 (juin 2009) de notre Bulletin "Conjonctures et Structures de Démographie Médicale". Il est ici complété de ses annexes statistiques et graphiques, et agrémenté d'une lettre de lecteur. (Résumé d'auteur).

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

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

Dormont, B. et Samson, A. L. (2009). "Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations." Economie Et Statistique(414) : 3-30.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376844>

En France, l'offre de soins ambulatoires est régulée depuis 1971 par le numerus clausus, qui fixe le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Fixé initialement à 8 588 places, il n'a vraiment diminué qu'à partir de 1978, jusqu'à atteindre 3 500 places en 1993. L'arrivée des cohortes nombreuses du baby-boom et la faiblesse des restrictions initiales ont permis l'installation de générations nombreuses de médecins débutants. Ce n'est qu'à partir de 1987 (soit neuf ans après 1978, du fait de la durée des études médicales) que l'on observe un impact du numerus clausus sur le nombre de médecins débutants. Un panel représentatif des généralistes du secteur 1 sur la période 1983-2004 permet d'analyser les déterminants de leurs honoraires et l'impact des fluctuations du numerus clausus sur leurs carrières. La localisation et les revalorisations tarifaires ont un impact considérable sur les honoraires. Les profils de carrières des médecins diffèrent fortement de ceux des salariés : toutes choses égales par ailleurs, leurs honoraires progressent rapidement en début de carrière pour diminuer en moyenne dès la douzième année d'expérience. Tout se passe comme si les médecins préféraient concentrer leur effort au début de leur expérience professionnelle pour alléger ensuite leur charge de travail. Les honoraires des médecins dépendent fortement de la situation de la démographie médicale lors de leur installation. L'écart entre les honoraires permanents des différentes cohortes peut atteindre 20 %, toutes choses égales par ailleurs. Les cohortes installées

dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du baby-boom et d'un numerus clausus élevé : elles perçoivent les honoraires les plus faibles. La diminution du numerus clausus a permis d'améliorer la situation des cohortes ultérieures. Une comparaison des distributions d'honoraires en termes de dominance stochastique montre que les écarts liés à l'hétérogénéité non observée ne compensent pas les différences.

2008

(2008). La démographie des médecins dans les zones urbaines sensibles au 1er janvier 2007. Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2008., Paris : Ministère du Logement et de la Ville : 134-143, tabl., graph.

C'est à partir du fichier ADELI, recensant tous les professionnels de santé en France métropolitaine, qu'a été établi le nombre de médecins exerçant en Zus : au 1er janvier 2007, malgré une sous-estimation possible de 6 % à 9 %, la densité médicale y est deux fois moins importante que dans le reste du territoire. La prise en compte des médecins installés dans un rayon de 150 mètres autour des Zus contribue cependant à relativiser le déficit de ces quartiers en médecins par rapport au reste de la France métropolitaine.

(2008). La démographie médicale. Paris Sénat : 44, tabl.
<http://www.senat.fr/noticerap/2007/lc185-notice.html>

Réalisé par le service des études juridiques du Sénat, ce document de législation comparée porte sur la démographie médicale et analyse les dispositions en vigueur dans sept pays européens : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse, ainsi qu'au Québec. Malgré le déséquilibre géographique qui caractérise l'offre de soins en France, les deux principes de liberté d'installation des médecins et de libre accès au conventionnement ont été préservés jusqu'à ce jour : seules, des mesures incitatives ont été prises pour compenser la sous-médicalisation de certains territoires. L'examen de la situation dans plusieurs pays européens, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse, ainsi qu'au Québec, montre que : dans tous les pays étudiés, un numerus clausus limite l'accès aux études de médecine, mais il n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs ; la liberté d'installation des médecins conventionnés est restreinte non seulement en Angleterre, où les intéressés sont liés par contrat au Service national de santé, mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Suisse et au Québec ; la Belgique limite par voie réglementaire le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés ; le Québec a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées. Aucun des dispositifs mis en place pour améliorer la répartition géographique n'a toutefois permis de résoudre la totalité des problèmes. Du reste, plusieurs pays envisagent de modifier le leur.

Bernier, M. et Paul, C. (2008). Rapport d'information de la Mission d'Information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris Assemblée nationale : 206.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

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

Dang, Han Doan, B., et al. (2008). "Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les modes d'exercice." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **48**(4) : 472-488.

[BDSP. Notice produite par OBRESA EDolR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, sur 100 médecins en activité, 60 exercent leur art en clientèle privée (à titre libéral), 19 travaillent dans un

Centre Hospitalier Universitaire, 23 dans un établissement non universitaire, 19 encore pratiquent dans un centre de santé (ou structure similaire), 6 se consacrent au contrôle ou à l'expertise médicale. En outre, 17 exercent une autre activité de nature médicale, 11 travaillent dans les domaines non médicaux et 4 ne donnent pas de réponse. L'ensemble dépasse les 100 % parce que certains ont plusieurs modes d'exercice. Le multi-exercice est néanmoins en voie de diminution. La proportion des médecins ayant plusieurs cadres de pratique s'élevait à 58 % en 1977 mais elle n'est plus que 47 % trois décennies plus tard. L'importance numérique des modes d'exercice au sein du corps médical subit des variations dans le temps. Entre 1977 et 2007, si l'on inclut dans chaque exercice tous les médecins qui le pratiquent peu ou prou, on constate qu'à part les hôpitaux non universitaires, tous ont marqué une réduction. Cette dernière tire sa source du recul général des activités d'appoint en faveur du mono-exercice. La progression du mono-exercice, ou exercice à titre exclusif, est spectaculaire dans les établissements d'hospitalisation non universitaires : 12 % du personnel médical de ces établissements y travaillaient à titre exclusif en 1977 mais leur proportion est de 36 % trois décennies après. Le mono-exercice connaît aussi une forte expansion (de 26 % à 46 % en 30 ans) dans les centres de santé, lieux pourtant réputés privilégiés des vacations d'appoint. On peut citer aussi les CHU : aujourd'hui, le tiers de leur personnel médical y travaille à titre exclusif, contre moins d'un cinquième en 1977. Tout comme les structures professionnelles, les structures démographiques accusent des changements durant les dernières décennies. Toutefois, les processus démographiques sont de nature lente. Le boom des diplômés médicaux a débuté vers le milieu des années 70 mais aujourd'hui on assiste surtout à une forte expansion des médecins âgés de 40 à 54 ans. Le groupe des aînés (55 ans et plus) ne verra son boom que vers 2015-2020. Par ailleurs, cette marche vers le vieillissement varie d'un mode d'exercice à l'autre. Le fait procède en partie des changements d'exercice en cours de carrière mais surtout de l'afflux différentiel des jeunes diplômés, ces derniers choisissant en grand nombre dès le départ certains exercices et en délaissant d'autres. C'est la moindre attirance des jeunes pendant les dernières décennies qui explique le vieillissement rapide de la médecine libérale : en 1977, plus du tiers des médecins libéraux avaient moins de 40 ans, mais leur proportion s'est réduite à 1 sur 7 trente ans plus tard. Cette proportion de 1 jeune sur 7 est observée maintenant aussi parmi les médecins des centres de santé. Dans la médecine hospitalière, elle est plus élevée. (Résumé d'auteur).

2007

Castel, Tallet, M. A., et al. (2007). Démographie des professions de santé : quelles zones fragiles pour l'accès aux soins ? Reims O.R.S.C.A. : 225.

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

Delahaye-Guillocheau, V., et al. (2007). Création de la filière universitaire de médecine générale. Paris Igas : 31+37, tabl.

Par lettre de mission en date du 16 novembre 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) de conduire une mission d'étude et de proposition concernant la création d'une filière universitaire de médecine générale (FUMG).

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

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

Juilhard, J. M. (2007). Rapport d'information sur la démographie médicale : offre de soins - comment réduire la fracture territoriale ? *Rapport d'information du Sénat ; 14*. Paris Sénat : 86.

<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>

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

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

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

spécialistes manque de souplesse. Enfin, il faut engager une réflexion sur les revenus des médecins afin de réduire les inégalités.

2006

Berland, Y. r. et Bourgueil, Y. r. (2006). Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Paris ONDPS : 69, tabl., schann.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000457.pdf>

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche 'expérimentation initiée en décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. La mise en oeuvre de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière, les craintes mais aussi les attentes vis à vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation mais aussi à une évolution de la demande de soins. Paradoxalement, a contrario de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres

Dang, Han Doan, B (2006). "Éléments d'analyse démographique des corps professionnels." Cahiers De Sociologie Et De Démographie Médicales **46**(3) : 261-392.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP OLhOR0xQ. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article s'articule autour de quatre chapitres. Le premier chapitre porte sur la délimitation et la description des corps professionnels : les embûches de la délimitation ; les sources d'information ; les composantes d'un corps professionnel ; quelques études de cas. Le second chapitre porte sur l'étude du devenir : table de vie active et table de vie professionnelle ; constitution d'une table de vie professionnelle ; le corps médical français en 1968 et 1998. Le chapitre trois porte sur les projections démographiques des corps professionnels : le schéma général ; les étapes de la projection de 1992 ; le corps médical futur vu en 1992 ; les principes généraux et la mise à jour. Le quatrième et dernier chapitre expose la démographie professionnelle et ses champs d'application : offre et demande en personnel ; l'exception bismarckienne et le cas français ; considérations générales ; quelques illustrations.

Bui, D.-H.-d. et Levy, D. (2006). "Les médecins libéraux en France. Leur opinion à propos des conditions d'exercice et de la démographie médicale en leur région." Cahiers De Sociologie Et De Démographie Médicales **46**(1) : 9-99, tabl., stat.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP lrvk0R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales a entrepris, entre mars et juin 2005, une enquête postale auprès d'un échantillon de médecins libéraux obtenu par sondage aléatoire bi-strate. L'échantillon effectif s'est élevé à 3 048 médecins exerçant à temps plein ou partiel en pratique libérale, Chacun a reçu par voie postale un questionnaire anonyme, au final 934 furent exploités. Le but de l'entreprise est de saisir les divers aspects de la pratique libérale, ainsi que les difficultés auxquelles doivent faire face les praticiens au moment où une nouvelle convention est signée entre la profession et les organismes de l'assurance-maladie. L'enquête vise également à recueillir l'opinion des professionnels sur les diverses propositions de réforme et sur le contexte de la démographie médicale, ainsi que sur leur vision d'avenir.

2005

Barnay, T. et Ulmann, P. (2005). "La médecine de ville : vers de nouvelles règles ?" Cahiers Français(324) : 66-71.

Si l'activité des praticiens libéraux continue de reposer sur la Charte de la médecine libérale élaborée en 1927, les principes qui la sous-tendent sont d'ores et déjà, selon les auteurs, largement dépassés dans les faits. Cela devrait faciliter l'acceptation des nécessaires changements à opérer dans l'exercice de la médecine de ville. Les auteurs expliquent aussi que l'inégale répartition territoriale de l'offre de santé, bientôt aggravée par les départs massifs à la retraite de la génération du baby boom, rendront indispensable un aménagement de la liberté d'installation reconnue aujourd'hui encore aux médecins (résumé d'auteur).

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

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

Ferley, J. P., et al. (2005). Trois études sur la féminisation de la profession médicale : synthèse. Lyon URML : 26, graph.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) dans sa démarche d'exploration de la démographie médicale a réalisé cette synthèse des trois études sur la féminisation, conduites par la Commission Démographique de l'Union. Cette synthèse des différents travaux confirme que l'avenir de la profession médicale est fortement impacté par sa féminisation, et que le temps de travail d'un médecin homme est plus important que celui d'un médecin femme. Outre le volume d'activité, cet impact joue également sur le type d'activité médicale, ceci concourant à une volonté de réduction de l'activité, que l'on peut également constater chez les étudiants en médecine arrivant en fin de cursus. Par ailleurs, la nette tendance à la féminisation des études médicales n'est pas secondaire à une plus grande réussite des filles par rapport aux garçons, mais, à réussite égale, à une nette tendance à la baisse des inscriptions masculines ainsi qu'à une augmentation des inscriptions féminines. La comparaison des différentes cohortes de 1970 - 1980 à 1990 montre que l'exercice de la médecine au féminin tend à se rapprocher de celui des hommes, l'exercice salarié, non hospitalier étant délaissé au profit de l'exercice libéral hospitalier avec un début d'activité professionnelle plus rapide après la thèse. Pour cela, il est également nécessaire de prendre en compte l'application moins grande des femmes généralistes dans les gardes libérales (résumé d'auteur).

2004

Dang, Han Doan, B. (2004). "La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004)." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **44**(3) : 271-348, stat., tabl., graph., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP dW9R0xftp. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article rassemble des notes et écrits rédigés pendant la période 1999-2004. Ces notes, au nombre de dix, sont les suivantes : l'évolution de la démographie des médecins de 1971 à 2000 ; combien de médecins, sureffectif ou pénurie ? de quoi sera fait l'avenir ; l'ailleurs de la démographie médicale ; vrais problèmes et fausses perspectives ; les médecins spécialistes ; l'apport des médecins étrangers (expériences et pronostics) ; la désertification médicale en zone rurale ; la culture du non-travail ; qu'est ce que la démographie médicale ?

Langlois, J et al. (2004). "La démographie médicale de 2003 à 2025. Difficultés présentes et à venir. Discussions." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **188**(4) : 675-693.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS 2jcoR0xZ. Diffusion soumise à autorisation]. La démographie

médicale présente et future est entièrement réglementée par les autorités de l'Etat qui fixent le nombre des étudiants en médecine et celui des internes de spécialité. Les insuffisances importantes, autant en effectifs que dans leur répartition sur l'ensemble du territoire et dans les différentes disciplines, seront majorées de façon considérable d'ici 2020 si le recrutement en jeunes médecins n'est pas assuré pour combler les départs à la retraite à 65 ans actuellement connus. L'altération de la réponse à la demande de soins des patients en sera forcément la conséquence.

Levy, D. et Allemand, H. (2004). "La désertification médicale des campagnes : deux départements ruraux du Front Populaire à nos jours." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **44**(3) : 349-364, tabl., stat., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xN9hnT. Diffusion soumise à autorisation]. Aujourd'hui, la notion de pénurie de médecins revient aussi bien dans les rapports officiels que dans la presse professionnelle. Ce sont les zones rurales qui seraient les plus touchées et le terme de désertification médicale est communément employé. Les médecins quitteraient nos campagnes profondes au profit des villes et ne seraient plus remplacés. Afin de mesurer ce phénomène à sa juste ampleur, cet article propose de suivre l'évolution de la médicalisation dans deux départements réputés "ruraux", sur la période allant de 1936 à nos jours. Ces deux départements sont la Creuse et les Alpes de Haute Provence. L'objectif est de suivre, sur une longue période, l'évolution des médecins par rapport à la population. L'observation s'opère au niveau de chaque commune du département.

Levy, D., et al. (2004). "La démographie médicale en observation." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **44**(3) : 389, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xX4GEQ. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de médecins en activité inscrits au Tableau de l'Ordre s'élève aux environs de 80 000 en 1974. Il atteindra 195 000 trois décennies plus tard, vers 2003 ou 2004. Après, on observera une stabilisation, suivie à partir de 2006 ou 2007 d'une décroissance qui ira en s'accroissant. Si le numerus clausus reste au niveau actuel (1999), nous aurons 186 000 médecins en activité au début de l'an 2010 (densité de 301 médecins actifs pour 100 000 habitants) et seulement 150 000 médecins actifs au début de l'an 2020 (densité de 236 médecins actifs pour 100 000 habitants). La forte réduction procède de l'arrivée, à partir de l'an 2010, à l'âge de la retraite, des promotions pléthoriques de la période 1974-1994.

2003

Allemand, H., et al. (2003). "Les caractéristiques des médecins libéraux en Ile-de-France." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **43**(4) : 564-582, tabl., stat., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 45UR0xt1. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés dans cet article concernent les caractéristiques des médecins libéraux de la région Ile-de-France. Ces résultats proviennent de l'enquête réalisée de décembre 2002 à mars 2003. Le corps médical libéral d'Ile de France enregistre une féminisation et une spécialisation bien plus élevée que dans le reste du pays ; la clientèle du médecin francilien est urbaine à 85 % ; dans l'ensemble, sur 100 médecins franciliens, 52 ont créé leur propre cabinet ; les trois facteurs les plus souvent marqués par les praticiens pour l'installation géographique sont la proximité de la famille, une proposition d'association et la possibilité d'une location de local. La proximité de l'hôpital est surtout mentionnée par les spécialistes.

Allemand, H., et al. (2003). "Les difficultés dans l'exercice professionnel." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **43**(3) : 582-592, tabl., stat.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP DR0xqU8l. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés dans cet article concernent les difficultés dans l'exercice professionnel des médecins libéraux de la région Ile-de-France. Ces résultats proviennent de l'enquête réalisée de décembre 2002 à mars 2003. Dans l'enquête, quatre types de difficultés sont énumérées : les difficultés de nature financière, celles de nature relationnelle, celles spécifiques à l'Ile de France et enfin celles relatives à

l'organisation du système de santé. La difficulté la plus souvent éprouvée est la lourdeur des charges.

Bouet, P., et al. (2003). Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ? Paris CNOM : 46, graph.

Ce rapport de la Commission nationale permanente a été adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003. Les auteurs se sont interrogés sur l'évolution de l'installation des médecins, notamment des problèmes à venir et des possibilités d'y remédier. En premier lieu, le document fait le point sur l'installation professionnelle actuelle des jeunes médecins : qui sont les nouveaux installés, où vont-ils, quelles sont leurs aspirations. Celui-ci analyse ensuite les facteurs influençant la future installation professionnelle des étudiants durant la période des études médicales, puis décrit les caractéristiques des médecins installés. Il aborde également la question de la migration des médecins dans les pays européens. La réflexion se poursuit sur les besoins de la population et les priorités de santé publique, pour se demander s'il est possible de déterminer les besoins en médecins. Après avoir exposé le bilan de la situation, les difficultés actuelles et à venir, les outils à la disposition des pouvoirs publics, et élabore des propositions d'orientation du métier de médecin en termes de compétence et de mode d'organisation des soins et des professionnels.

Descours, C. (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Paris MSSPS : 40, ann.

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise. Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de la place que les professionnels de santé y occupent. Ce rapport dresse d'abord un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, puis analyse les raisons de cette inégale répartition. Il propose ensuite une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales.

Evrard, C. (2003). Le bassin d'activité du médecin généraliste. Analyse des relations géographiques entre producteurs et consommateurs de soins en région Languedoc-Roussillon et réflexion pour la définition du schéma de démographie médicale

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xIIdgu. Diffusion soumise à autorisation]. Région sur-médicalisée du sud de la France, le Languedoc-Roussillon doit faire face, plus que d'autres régions au vieillissement de ses praticiens. A titre d'exemple, l'âge moyen des médecins généralistes libéraux y est de 47 ans, contre 44,4 ans en France métropolitaine. La région enregistre également d'importantes disparités intra-régionales, entre un arrière pays sous-encadré et un littoral sur-encadré. L'exemple des médecins généralistes dans la région est l'occasion de présenter les éléments d'une réflexion géographique en vue d'aider à la prise de décision. Cet article propose donc une réflexion méthodologique pour l'identification des zones sensibles, présente les données chiffrées sur les caractéristiques des bassins d'activité, énonce les priorités "géo-sanitaires" dans la région Languedoc-Roussillon et enfin définit un Schéma de Démographie Médicale en prenant l'exemple de la Lozère.

Mace, J.-M. (2003). Les territoires d'accès et de recours aux soins : l'identification d'arrière pays médicaux

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 4Z9R0xVR. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article tente d'étudier les réelles disparités spatiales de la densité médicale à travers une échelle géographique opérationnelle infra départementale. Pourtant rechercher une telle échelle territoriale adéquate à la médecine ambulatoire reste aujourd'hui problématique. Est-ce que la méthode pour délimiter les bassins hospitaliers est transposable à la médecine de ville ? Pour tenter de répondre à cette question, l'auteur teste dans un premier temps, la cohérence entre la pratique spatiale des usagers de la médecine de ville et celle des usagers de la médecine hospitalière en prenant comme exemple la cardiologie médicale. Dans un deuxième temps, l'auteur généralise cette approche à la France entière en nous référant cette fois aux bassins de la médecine hospitalière afin de rechercher d'éventuelles zones fragilisées par la faible présence de médecins généralistes. Enfin le risque d'aggravation de la

situation de ces zones sensibles est étudié en s'intéressant au taux de renouvellement des médecins (extrait du texte).

Picheral, H. (2003). La démographie médicale en questions

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xP3Dq0. Diffusion soumise à autorisation]. Le récent et soudain intérêt des médias pour la démographie médicale n'est pas fortuit. Il tient à la multiplication d'études, rapports ou discours dont la tonalité générale, fort alarmiste, se fonde sur le même constat : la crise des professions de santé participe à la crise des systèmes de santé, partout, quels qu'ils soient. L'auteur analyse la question.

2002

(2002). Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux. 1ere exploitation, mars 2002. Paris URCAM : 30.

L'URCAMIF a souhaité connaître les déterminants de l'installation des médecins libéraux en Ile-de-France. A cet effet, un questionnaire a été remis à tous ceux d'entre eux qui venaient dans une CPAM d'Ile-de-France pour effectuer les démarches administratives d'inscription en vue de leur installation, entre le 1er octobre 2000 et le 30 septembre 2001. Ce rapport présente et analyse les résultats de cette enquête : caractéristiques des médecins qui s'installent en Ile-de-France et motifs de leur installation, caractéristiques des médecins qui s'installent la première fois en Ile-de-France et motifs de leur installation.

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

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

Dang, Han Doan, B. (2002). "L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974-1999)." Cahiers De Sociologie Et De Démographie Médicales 42(4) : 337-358, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 2eR0xncZ. Diffusion soumise à autorisation]. La liberté d'installation n'implique pas que les jeunes médecins s'installent au hasard. Bien au contraire des motivations et contraintes plus ou moins divergentes, de nature et de force variées, se conjuguent pour orienter leur décision et les conduire là où il sont. Ces motivations et contraintes procèdent à la fois du médecin et des opportunités qu'il rencontre. Une étude des raisons qui sous-tendent le choix du lieu d'installation peut ainsi revêtir un certain intérêt. Cet article fait état de 4 enquêtes entreprises par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicale qui ont abordé le thème des raisons du choix du lieu d'installation.

Galli, J. et Laporte, J.-M. (2002). "Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile-de-France." Cahiers De Sociologie Et De Démographie Médicales 42(4) : 379-394.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP d3e9R0xS. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article analyse la démographie médicale francilienne. Une enquête effectuée entre 2000 et 2001 dans le cadre de l'Observatoire Régional de la Démographie Médicale en Ile-de-France, est mise en place. Elle s'appuie sur un questionnaire, remis aux médecins lors de leurs démarches administratives dans les Caisses d'Assurance Maladie de la Région. Ce questionnaire est organisé en trois parties (situation du médecin, type d'installation, motifs d'installation) et comporte 10 questions. Dans cette enquête, la majorité des répondants déclarent s'installer en Ile-de-France à la suite d'une proposition qui leur a été faite.

2001

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

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

Flament, L. (2001). "Les disparités régionales de la démographie des médecins libéraux en France (1998-2008)." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **41**(2) : 173-194, tabl., stat., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP TR0xo6IS. Diffusion soumise à autorisation]. En France le nombre de médecins a considérablement augmenté tout au long de ce siècle mais dans le même temps apparaît une grande disparité dans la répartition territoriale de leur installation. La plus grande densité de médecins au sud de la France plutôt qu'au nord est connue mais des différences sont tout aussi flagrantes entre les régions, les départements, les milieux ruraux et urbains.

Hardy-Dubernet, A. C., et al. (2001). La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. Paris MIRE : 165, tab., graph., ann.

L'objet de cette recherche est de comprendre les effets de la réforme des études médicales de 1982 sur les choix professionnels des médecins. Cette réforme poursuivait un triple objectif : démographique, économique et pédagogique. Le dispositif mis en place cherchait alors à combiner, par l'instauration d'un concours d'accès à la spécialisation médicale, à l'amélioration de la formation de troisième cycle et la régulation des flux d'entrants dans les différents segments de la profession. Cette étude vise à montrer en quoi la réforme de l'internat a contribué à modifier structurellement la population médicale, au-delà d'une régulation des flux. Les résultats sont présentés selon trois chapitres. Le premier vise à cerner le contexte dans lequel s'inscrit la réforme de 1982. Le second chapitre vise à comparer les parcours universitaires de populations de médecins formés dans différents lieux et à différents moments. Le troisième chapitre s'attache spécifiquement à décrire et comprendre comment les changements contextuels modifient les procédures de choix et les prises de décision individuelles.

Niel, X. (2001). "Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **41**(2) : 141-172, tabl., stat., ann., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP vm2xR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Après avoir

rapidement rappelé quelles ont été les évolutions des disparités régionales en terme d'offre de soins médicaux, l'examen de ces facteurs pris séparément permettra de juger leur action sur la démographie régionale au cours des quinze dernières années. Une projection réalisée à numerus clausus, nombre de postes d'interne et comportements des médecins supposés identiques tout au long de la période 2000-2020 permettra de simuler l'évolution de ces disparités. Ces projections ne correspondent pas nécessairement à un scénario réaliste de "comportements constant" mais elles permettent de chiffrer les contributions de chacun des facteurs cités précédemment, à cette évolution globale.

Van, Den Bussche, H. et Kilbringer, C. (2001). "La médecine générale en France et en Allemagne : situation actuelle et tendances futures." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Médicales : 81-102, graph.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP EIROxaTP. Diffusion soumise à autorisation]. La médecine générale est l'objet actuellement d'une attention grandissante dans les pays du monde développé. On constate dans les deux pays les mêmes indices montrant un renouveau de la médecine générale au cours de la décennie 90. Toutefois, les méthodes employées dans les deux pays ne sont pas identiques. Le but de cette étude est de comparer le développement de la médecine générale de chaque côté du Rhin, d'en analyser les causes afin d'observer les éventuelles chances et difficultés de cet éventuel renouveau. (extrait du texte).

2000

(2000). Expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie médicale. Lyon UPML : 45, tabl.

Ce rapport présente la revue de la littérature internationale effectuée par la Société Eval pour l'enquête réalisée en Rhône-Alpes auprès des praticiens de trois spécialités : pédiatrie, orthopédie, gastro-entérologie. Elle souligne la pauvreté de la littérature sur le sujet de l'évaluation des besoins en démographie médicale, principalement en France.

(2000). La médecine de ville répartition géographique à venir : un enjeu de santé. Paris URCAM : 40, tabl., carte.

Face à la disparité de la répartition territoriale de l'offre de soins, les 22 Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont mené une étude sur la démographie des médecins libéraux à l'horizon 2008. Des projections démographiques s'avèrent indispensables afin de contribuer à la recherche d'une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé et de permettre une analyse de l'accès aux soins dans les régions à population vieillissante. L'Assurance Maladie ne disposant pas d'études régionales ni locales, il était important d'obtenir des comparaisons inter et intrarégionales permettant de mieux apprécier chaque contexte local, véritable lieu de confrontation des besoins à l'offre de soins. De telles projections devraient servir de base à la définition d'actions, d'incitations et d'outils pour déterminer une véritable réponse aux besoins de santé et à la recherche de la qualité des soins.

Charpak, Y. c. et Knockaert, R. c. (2000). "Dossier : les médecins aujourd'hui en France." Actualite Et Dossier En Sante Publique(32) : 3-66, carte, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP 95R0x85v. Diffusion soumise à autorisation]. Que sait-on des médecins ? Que ce soit leur nombre, pléthorique ou insuffisant à terme, leurs statuts, leur répartition, leur responsabilité, leur formation, les informations les plus diverses existent. Ce dossier montre que la profession de médecin a subi de profondes mutations, et que son hétérogénéité croissante reflète des réalités de plus en plus complexes.

Dang, Han Doan, B. et Levy, D. (2000). "Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale : présentation d'une enquête entreprise d'avril à juin 1999 auprès d'un échantillon de 1700 jeunes médecins." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Médicales **40**(3-4) : 345, tabl.

Ce fascicule spécial sur l'installation des jeunes médecins en France est basé sur les résultats d'une enquête postale réalisée auprès d'un échantillon probabiliste de médecins libéraux, diplômés de 1990 à 1996, réalisée pour le compte du Ministère chargé de la Santé, Bureau d'Economie de la santé. L'objectif de cette enquête était de mieux cerner les modalités d'installation et les difficultés du jeune praticien en début de carrière et d'explorer conséquemment la faisabilité des mesures tendant au remodelage de la répartition géographique du corps médical. Ce document comprend 5 parties : l'installation des médecins libéraux, les critères du choix et les besoins d'information pour le lieu d'installation, la situation professionnelle et financière du jeune médecin libéral, le rachat de clientèle, les difficultés du jeune médecin et la prime d'installation.

Delattre, E. (2000). Comportements d'offre de soins des médecins français : étude microéconomique sur un panel de médecins libéraux français 1979-1993. Nanterre Université de Paris 10, Université de Paris 10. UFR de Sciences Economiques. Nanterre. FRA : 229, tabl., ind.

Cette thèse analyse les comportements d'offre de soins des médecins libéraux français à partir d'un panel non cylindré de 7 925 médecins omnipraticiens ou spécialistes, des secteurs 1 ou 2, suivis sur la période 1979-1993 et représentatif de la population concernée. Elle étudie tout d'abord le cycle de vie de l'activité médicale et montre qu'il existe des différences non négligeables entre l'activité des médecins débutants et celle des médecins déjà installés. Elle s'intéresse également au processus de croissance de l'activité individuelle. Elle établit ensuite l'importance des comportements d'induction chez les praticiens du secteur 1 et la prédominance de mécanismes de marché en secteur 2, compatibles avec l'absence d'induction. Les évaluations, par des méthodes de moments généralisés, permettent d'établir que les élasticités estimées au niveau microéconomique correspondent, au niveau macroéconomique, à une forte dérive de la consommation de soins en liaison avec l'augmentation du nombre de médecins. Enfin, cette thèse étudie les mécanismes de régulation de l'activité ambulatoire par enveloppes globales, et explique pourquoi les modes de détermination des sanctions proposées, dans les plans Juppé et Aubry conduisant à l'inefficacité des mesures de politique économique et à des problèmes d'équité entre médecins des secteurs 1 et 2. Elle propose donc alors un mode de calcul original de la sanction, qui agit de façon individualisée, et qui permet d'envisager le retour à une certaine efficacité du mécanisme de régulation.

Schweyer, F.-X., et al. (2000). "Histoire et démographie médicales." *Actualité Et Dossier En Santé Publique*(32) : 16-23, tabl., carte, graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP a8hR0xi. Diffusion soumise à autorisation]. En France, il est facile d'avoir une représentation claire de la profession médicale, qu'il s'agisse de ses caractéristiques, de ses activités voire de ses privilèges, mais aussi de ses contraintes. L'existence d'un diplôme unique national, l'inscription à un Ordre, un statut bien identifié conduit à une vision homogène de la profession. Cependant, celle-ci a connu d'importantes transformations en termes d'effectifs, d'exercice professionnel ou de rémunération.

L'Irdes dans cette problématique

2021

Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., Mousques, J., et al. (2021). Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ? *Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.*, Paris : Éditions ESKA : 273-292.

Cet article vise, dans un premier temps, à définir les concepts de soins primaires et de soins de santé primaires, à montrer les singularités françaises en la matière et les défis auxquels ils sont confrontés. Nous montrons qu'un des principaux enjeux du domaine des soins primaires en France est celui de l'accessibilité et des inégalités selon les territoires, et de leur évolution compte tenu de la diminution de l'offre de médecins en cours et à venir. Ensuite, nous analysons plus précisément la manière de

mesurer l'accessibilité aux soins primaires et d'identifier les déséquilibres entre l'offre et la demande selon le type de territoire. Nous examinons ensuite la manière dont les pouvoirs publics ont développé une politique d'amélioration de la répartition des médecins généralistes en définissant des zones prioritaires, et en déployant, dans ces zones, des mesures pour attirer et maintenir des médecins généralistes. Nous concluons enfin en exposant cinq enjeux, qui sont autant de leviers de court, moyen et long terme, pour améliorer la répartition des médecins dans les zones sous denses et défavorisées et l'accès aux soins (résumé d'auteur).

Chevillard, G. et Mousques, J. (2021). "Medically Underserved Areas: Are Primary Care Teams Efficient at Attracting and Retaining General Practitioners?" *Social Science & Medicine* **287**: En ligne. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953621006900>

The geographical imbalances of General Practitioners (GPs) may affect their accessibility for populations, especially in medically underserved areas. We investigate the effect of the dramatic and recent diffusion of Primary Care Teams (PCTs), especially in medically underserved areas, in order to attract and retain GPs through an improvement of their working conditions. We analyze the evolution of GPs and young GPs density between 2004 and 2017 according to a spatial taxonomy of French living areas in 6 clusters. Based on a quasi-experimental design comparing living areas, depending on the clusters, with PCTs (treated) and without PCTs (control), we used difference-in-differences models to estimate the impact of PCT new settlements on the evolution of both attraction and retention of GPs. Our results show that PCT settlements are efficient to attract young GPs and that the magnitude of the effects depends on the living area clusters. Results call for specific policies to address geographical inequalities of GPs that consider the type of place and also, in France, for new measures to attract and retain GPs in rural fringes.

2020

Chevillard, G. et Mousques, J. (2020). "Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (247) : 8. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes diminue et les inégalités territoriales s'aggravent. Les territoires où l'accessibilité diminue le plus sont aussi les plus éloignés des pôles d'emplois, des équipements et des services. L'implantation des médecins généralistes s'inscrit donc dans une problématique territoriale plus générale. Elle est aussi, compte tenu de l'importance des questions de santé pour la population, un élément clé de la politique d'aménagement du territoire. Dans ce contexte, cette étude mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les catégories d'âge des médecins. Dans les territoires avec une faible accessibilité aux soins, l'ouverture de maisons de santé favorise-t-elle l'installation et le maintien de nouveaux médecins généralistes ? Permet-elle la consolidation et le maintien d'une offre de médecins ? L'étude compare l'évolution dans le temps de la densité de médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines mais sans maison de santé. Les résultats montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires.

Dumontet, M. et Chevillard, G. (2020). *Remédier aux déserts médicaux*, Paris : Editions rue d'Ulm <https://www.presses.ens.fr/575-a-paraitre-remedier-aux-deserts-medicaux.html>

Depuis le début des années 2000, l'expression de « déserts médicaux », régulièrement utilisée par les médias et nos gouvernements successifs, décrit des situations où les populations font face à des difficultés d'accès aux soins (délai d'attente pour un rendez-vous, nombre insuffisant de médecins traitants disponibles...). Ces situations sont la conséquence, notamment, d'une raréfaction globale de l'offre de soins, plus marquée chez les médecins généralistes. Comment en est-on arrivé là ? Pourquoi les outils de régulation de l'offre de soins ont-ils échoué dans leur objectif : adapter cette offre aux besoins de la population ? Tous les territoires ne sont pas touchés de la même manière par ce phénomène de raréfaction. Les pouvoirs publics ont-ils mis en place ces deux dernières décennies des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins – et lesquelles ? (résumé d'auteur).

Lucas-Gabrielli, V. et Mangeney, C. (2020). "Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (246) : 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/246-comment-enrichir-la-mesure-des-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-generalistes.pdf>

La recherche sur les inégalités spatiales d'accessibilité aux soins primaires, en s'appuyant sur des indicateurs de type « densité flottante », a permis de dépasser les limites des indicateurs classiques de densité et de distance. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) - qui tient compte des distances entre communes en voiture, de la disponibilité de l'offre et de la structure d'âge de la population - est une adaptation de ce type de méthode au contexte français qui permet de reconsidérer les constats préalablement établis. Pour améliorer encore la mesure, l'indicateur est affiné de plusieurs manières dans cette étude méthodologique : en réduisant l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, en prenant en compte la dimension sociale des besoins et les pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun...), en considérant l'effet systémique des interactions entre l'offre et la demande de soins à l'échelle régionale. Cet effet permet de tenir compte du fait que la probabilité de recourir à une offre éloignée est d'autant plus faible que les patients disposent d'une offre à proximité. Cette dernière proposition est celle qui modifie le plus la mesure en lissant la représentation spatiale des niveaux d'accessibilité. La prise en compte de la dimension sociale dans les besoins de soins et la diversification des moyens de transport et de ses usages selon le type d'espaces impactent plus localement les résultats. Cependant, pour certains territoires urbains défavorisés socialement, la prise en compte de ces nouvelles dimensions permet de mieux souligner des difficultés locales d'accessibilité aux médecins généralistes.

2019

Chevillard, G. et Mousques, J. (2019). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. *Document de travail Irdes ; 76*. Paris Irdes : 28.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premiers recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. A partir de la littérature, nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite une Analyse en composante principale (ACP) des 32 variables retenues puis une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Nous obtenons de la sorte six groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide », départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

Chevillard, G., Mousques, J., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2019). "Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas?" *Health Policy* **123**(5) : 508-515, tab., graph., fig.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101930048X?via%3Dihub>

Many countries, including France, are facing the old and persistent problem of geographical inequalities of their health human resources, in particular general practitioners (GPs). This situation leads, among other things, to underserved areas, which could result in a lower level of primary health care accessibility. Since the mid-2000s in France, several policies were implemented to provide financial as well as other incentives to support the development of multi-professional group practices, Primary Care Teams (PCTs), in order to attract and retain GPs in underserved areas. This study aims to measure the impact of PCT settlement on the evolution of GP density in rural areas. To this end, we compare the evolution of GP density between rural areas with PCTs and similar rural areas without PCTs, before (2004–2008) and after (2008–2012) the development of PCT facilities. The results show that PCTs are mainly located in underserved areas and suggest that they could attract and retain GPs there. Those results should be of interest to countries facing relatively similar geographical inequalities issues and that are also experimenting with multi-professional group practices.

Lucas-Gabrielli, V. et Mangeney, C. (2019). "Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ?" *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique En ligne* : 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762018314834#!>

Comparativement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France bénéficie aujourd'hui d'un niveau de dotation médicale qui la situe dans la moyenne. L'accessibilité aux soins est pourtant un enjeu majeur des politiques publiques du fait de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire que les pouvoirs tentent de combattre en déployant un ensemble de mesures en faveur de l'installation et du maintien de l'offre dans les zones identifiées comme sous-denses. L'identification des zones sous-denses pose la question des mesures de l'accessibilité aux soins mobilisables pour qualifier la situation des territoires. L'accessibilité potentielle localisée calculée au niveau communal est utilisée depuis 2017 comme critère de sélection nationale des zones sous-dotées. Nous montrons en quoi cet indicateur constitue une avancée dans la mesure de l'accessibilité aux soins, mais nous en discutons aussi les limites. Des propositions d'amélioration sont avancées (résumé d'auteur).

Lucas-Gabrielli, V. et Mangeney, C. (2019). L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales. *Document de travail Irdes ; 80*. Paris Irdes : 110, tabl., graph.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/080-l-accessibilite-aux-medecins-generalistes-en-ile-de-france-methodologie-de-mesures-des-inegalites-infra-communales.pdf>

Dans un contexte d'inégale répartition de l'offre de soins, l'un des défis majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur leur territoire. Évaluer ces inégalités d'accessibilité devient alors un enjeu. Depuis quelques années de nouvelles méthodes font objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale. Elles se sont imposées en France à travers l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) construit par la Drees et l'Irdes. Ce dernier sert de socle à la définition des zonages déficitaires en médecins généralistes institués en 2017-2018 dans l'ensemble des régions françaises. Pour améliorer encore la mesure, la mobilisation de nouvelles données volumineuses (« big data ») sur la région Île-de-France montre les impacts de différentes évolutions de l'indicateur. La réduction de l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, met en exergue des disparités infra-communales importantes. La prise en compte des interactions entre l'offre et la demande à l'échelle régionale est la seconde évolution qui modifie le plus les niveaux d'accessibilité mesurés. L'intégration de la dimension sociale des besoins et des pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun...) a des impacts plus locaux. Enfin, la mise en contexte plus globale de l'indicateur, notamment en tenant compte des offres médicales alternatives en spécialistes de premier recours, conduit à apporter une vision des équilibres infra-régionaux très sensiblement modifiée. Les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale (résumé d'auteur).

Chevillard, G. et Lucas-Gabrielli, V. (2018). Accessibilité aux médecins généralistes en France : les méandres de la construction des zones sous-dotées
<https://hal.archives-ouvertes.fr/CIST2018/hal-01854414>

Face à l'inégale répartition géographique des médecins, les pouvoirs publics ont défini depuis 2005 des zones sous-dotées pour y déployer des mesures permettant d'attirer et de maintenir ces professionnels de santé. La définition de ces zones s'est complexifiée au fur et à mesure que les dispositifs s'étoffaient et que de nouveaux acteurs s'emparaient de cette question (collectivités territoriales, État, Assurance maladie). L'objectif est ici de montrer comment la montée en puissance d'une politique publique conduit, de par la multiplicité des acteurs et des territoires afférents mobilisés, à en réduire la portée. Nous nous appuyons dans cette communication sur l'historique de la définition des zones sous-dotées en médecins généralistes libéraux en France. L'enchevêtrement des zonages et dispositifs qui en résulte réduit la lisibilité de la politique auprès des médecins concernés et pose ainsi la question de son efficacité (résumé d'auteur).

Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V. et Mousques, J. (2018). "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches." Espace Géographique (L') **47** : 362-380.
<https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362.htm>

L'expression de « déserts médicaux » est abondamment utilisée pour décrire des territoires où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Cette expression n'apparaît pas assez précise, ni pour décrire la pluralité des difficultés rencontrées, ni pour réfléchir aux mesures permettant de les résoudre. L'objectif de cet article est d'abord d'analyser l'évolution de la mesure d'un faible niveau d'accessibilité aux médecins généralistes à travers le temps. Nous analysons ensuite les réponses des pouvoirs publics aux « déserts médicaux » par deux éléments : la définition de zones prioritaires et le déploiement de mesures pour y attirer et maintenir des médecins généralistes. À partir des constats établis et du cadre conceptuel usité, nous proposons des perspectives de recherches pour améliorer la description de l'accessibilité aux médecins généralistes ainsi que l'évaluation de la politique menée contre les « déserts médicaux » (résumé d'auteur).

Chevillard, G. et Mousques, J. (2018). "Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français." Cybergeo : Revue Europeene De Geographie(873) : 21.
<https://journals.openedition.org/cybergeo/29737>

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premier recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. À partir de la littérature nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite une analyse en composante principale des 32 variables retenues puis une classification ascendante hiérarchique. Nous obtenons de la sorte 6 groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide », départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

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

L'accessibilité aux soins des français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face (résumé d'auteur).

2016

Bourgueil, Y., et al. (2016). Démographie et ressources humaines en santé. Traité de santé publique., Paris : Lavoisier Médecine Sciences : 381-387.

Cet article vise à présenter dans un premier temps, l'éventail des métiers de la santé, les principes de régulation et leurs évolutions récentes. Dans un deuxième temps, nous exposerons la situation de la ressource humaine en santé en France en 2015 en termes démographiques quantitatifs et les perspectives que dessinent les choix de régulation quantitative adoptés, mais également les questions posées par les évolutions très récentes, aussi bien à l'échelle de l'Europe qu'à l'échelle des individus dont les comportements changent en début comme en fin de carrière. Enfin, nous proposerons plusieurs pistes d'actions publiques actuellement débattues sur la ressource humaine en santé pour faciliter la transformation des organisations de soins et des pratiques au service de la santé publique (résumé d'auteur).

Chevillard, G., et al. (2016). "Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ?" Espace Populations Sociétés 2015/3-2016/1 1-19.

<http://eps.revues.org/6177>

Les espaces ruraux en dépeuplement ont été peu explorés du point de vue de l'offre de soins de premiers recours et des besoins des populations résidentes, alors que ces questions y occupent une place importante. Ce travail caractérise les espaces en dépeuplement comparativement aux autres espaces ruraux à partir d'une typologie socio-sanitaire et d'une approche statistique nationale. Il met en évidence le déclin plus prononcé de l'offre de médecins généralistes libéraux dans ces espaces, alors que les besoins sanitaires demeurent élevés. Cette contribution évalue également les effets des maisons de santé mises en place pour attirer et maintenir des médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Les maisons de santé permettent de diminuer l'érosion de l'offre de médecins généralistes dans certains espaces en dépeuplement, mais pas dans l'ensemble de ceux-ci appelant à des mesures plus larges ou spécifiques (résumé d'auteur).

Com-Ruelle, L., et al. (2016). "Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins." Questions D'Economie de la Santé (Irdes) (219) : 8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>

En France, l'offre de soins médicaux se situe dans la moyenne de celle des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Les professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Les inégalités d'offre de soins de ville sont très marquées lorsqu'elles sont mesurées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui estime, au niveau communal, l'adéquation entre offre et demande de soins. Menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie, cette étude met en évidence des différences de recours aux soins ambulatoires en termes de taux de recours, de recours au professionnel de santé le plus proche et de distances supplémentaires parcourues par les patients. L'analyse tient compte des caractéristiques individuelles des patients ainsi que de trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins. Les résultats montrent qu'une offre de soins de proximité peu disponible conduit les patients à plus souvent se déplacer, c'est-à-dire à moins souvent recourir à l'offre de soins la plus proche. En revanche, ils sont moins enclins à parcourir des distances supplémentaires au-delà du professionnel de santé le plus proche lorsque ce dernier est éloigné du domicile, ce qui limite leur liberté de choix.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). Document de travail Irdes ; 70. Paris Irdes : 48, tabl., graph., carte.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/070-analyse-de-sensibilite-de-l-accessibilite-potentielle-localisee-apl.pdf>

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. L'APL permet de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'offre de soins tels que la densité et la distance. L'un des enjeux de l'indicateur est également de proposer des pistes d'amélioration concernant la quantification de l'offre de soins et des besoins de soins ainsi qu'une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande. Pour ce faire, l'APL tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Une fonction de décroissance du recours avec la distance à parcourir est également utilisée pour pondérer l'accessibilité spatiale en fonction de l'éloignement de la population à l'offre de soins. Le paramétrage de ces différents critères a un impact important sur la mesure de l'APL. La mesure de la sensibilité de l'indicateur APL a été testée en modifiant les deux grands paramètres de l'APL que sont la définition d'Equivalent temps plein (ETP) de médecin et les seuils d'accessibilité à cette offre de soins. L'utilisation d'une fonction continue rapportant l'activité du médecin à l'activité moyenne nationale entraîne une augmentation significative de l'APL – entre 21 et 24 % – par rapport à l'APL initiale. Cette augmentation profite à tous les types de communes, qu'elles soient urbaines ou rurales, situées dans un pôle ou dans sa périphérie ou bien hors de l'influence de ceux-ci. Par ailleurs, l'utilisation de fonctions théoriques de décroissance associée à une augmentation du seuil d'accessibilité de 15 à 30 minutes impacte considérablement l'APL. Ceci entraîne à la fois une réduction des disparités infra régionales par rapport à la seule modification du paramètre de l'offre de soins et une structuration des valeurs de l'APL selon le type de communes autour d'un axe centre/périphérie des pôles beaucoup plus importante (résumé d'auteur).

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins. *Les rapports de l'Irdes* ; 564. Paris IRDES : 98.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, nous avons analysé les consommations de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour. Cette étude a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique : PMSI-MCO). Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et territoriale à l'offre de soins.

2015

Chevillard, G., et al. (2015). "Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France." *Revue D'economie Regionale & Urbaine*(4) : 657-694.

<http://www.revues.armand-colin.com/geographie-economie/revue-deconomie-regionale-urbaine/revue-deconomie-regionale-urbaine-ndeg-42015/mesure-limpact-dune-politique-publique-visant>

Cet article propose une première évaluation des maisons et pôles de santé à travers une démarche mobilisant des outils géographique et économétrique. L'objectif de cette double démarche est l'analyse de l'implantation de ces structures, puis une analyse de l'impact de celles-ci sur la densité de

médecins généralistes libéraux. La méthodologie repose sur l'élaboration de typologies spatiales, puis d'une analyse cas-témoin comparant l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la généralisation de cette politique. Les résultats obtenus mettent en évidence une implantation davantage rurale de ces structures, de surcroît dans des espaces fragiles, ainsi qu'une moindre diminution de l'offre dans certains espaces ruraux et périurbains dotés de maisons et pôles de santé.

2012

Barlet, M., et al. (2012). "L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural." *Pour*(214) : 31-40.

Mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de médecins généralistes libéraux est une tâche délicate car elle nécessite de définir correctement à la fois la demande de soins, l'offre considérée et la maille territoriale pertinente pour cette mesure. Un nouvel outil a donc été mis en œuvre afin de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'accessibilité aux soins, tout en restant relativement aisé à calculer dans la mesure où il mobilise des données facilement disponibles. Cet outil, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Il intègre également une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins en prenant en compte l'activité des professionnels et la structure par âge de la population pouvant recourir à ces soins. Cet indicateur est notamment particulièrement adapté pour confronter l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux des habitants des communes rurales à celles des habitants des communes urbaines. Cet indicateur a été développé conjointement par la Drees et l'Irdes.

Barlet, M., et al. (2012). "L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (174) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

Cette étude propose un indicateur original et enrichi de mesure de l'accessibilité spatiale aux soins, appliqué ici aux médecins généralistes libéraux. Cet indicateur, l'Accessibilité potentielle localisée (APL), tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

Barlet, M., et al. (2012). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. *Document de travail Irdes ; 51*. Paris Irdes : 51, 13 tabl., 54 graph., 12 carte.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>

Les soins de premiers recours jouent un rôle essentiel sur la santé de la population. En France, bien que la densité médicale soit l'une des plus élevées d'Europe, l'accessibilité aux soins est aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé, du fait du rôle important accordé au médecin généraliste, de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances démographiques à la baisse du nombre de médecins sur le court terme ainsi que des fortes attentes d'une population vieillissante aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite. Dans cette recherche, nous nous intéressons à la mesure de l'accessibilité spatiale au médecin généraliste. Profitant des récents développements en géographie de la santé sur les soins de premiers recours, nous proposons de construire un indicateur permettant de considérer simultanément l'offre, la demande de soins et l'accès aux soins, en nous appuyant sur la méthode du Two-step floating catchment area développée dans quelques pays anglophones. Nous l'adaptions ici au contexte des soins français et proposons quelques pistes d'amélioration dans trois dimensions principales : la définition et la quantification de l'offre de soins, l'intégration du besoin de soins du côté de la demande, une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande (résumé d'auteur).

Barlet, M., et al. (2012). "Santé en milieu rural : réalités et controverses. Dossier." *Pour*(214) : 85-171.

Réalisé par le Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective (Grep) avec le concours des acteurs de terrain (élus locaux, professions de santé), ce numéro de la revue POUR, paru en juillet 2012, propose d'abord un état des lieux, où il n'est pas seulement question de l'accessibilité des médecins généralistes, mais aussi des difficultés rencontrées par les pharmacies rurales ou des mesures prises pour équilibrer l'offre de soins infirmiers sur le territoire. Il est ensuite question des mesures prises ou à prendre pour améliorer l'offre de soins mais surtout en améliorant l'accès pour les habitants des zones rurales. Ce dossier invite à ne pas se focaliser sur la notion de distance ou de temps de trajet pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin, mais à considérer l'état de santé de la population (proportion de personnes âgées et d'enfants, plus vulnérables), sa mobilité et sa situation sociale. Ainsi, pour l'association Médecins du Monde, " l'enjeu majeur de la santé en milieu rural n'est pas celui du désert médical mais celui de l'accès aux soins de populations précaires ". Il présente aussi des arguments pour ou contre les mesures d'incitation à l'installation de jeunes médecins à la campagne. Si les contrats (incitatifs) d'engagement de service public semblent faire leurs preuves en Bourgogne, la régulation (coercitive) de l'offre de soins infirmiers aussi. Et quand certains fustigent de simples " effets d'aubaine ", d'autres dénoncent la complexité de dispositifs mal connus des principaux concernés : 95 % des internes interrogés au niveau national semblent ne pas connaître ce type de mesures... Plus largement, ce dossier invite à adopter une démarche qualitative, pour évaluer correctement les besoins mais surtout apporter une réponse adaptée. En effet les élus, professionnels de santé et autres acteurs de terrain s'accordent tous pour souligner : l'importance et l'intérêt de toutes les initiatives de coordination entre acteurs sanitaires et sociaux, via des maisons de santé, des rencontres régulières, des dispositifs de transmission d'information... ; le poids de facteurs non économiques dans le choix d'installation des médecins : attractivité du cadre de vie et présence de services, possibilité de travailler en relation avec d'autres professionnels, poids des tâches administratives et de gestion dans l'activité... Quelques retours d'expériences illustrent ce point de vue.

2011

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2011). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. 2 volumes avec annexes méthodologiques. *Rapport Irdes ; 1838-1839*. Paris IRDES : 124 + 137, graph., tabl., ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1839.pdf>

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités. Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

2007

Bourgueil, Y., et al. (2007). "Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France." *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)* (122) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>

Malgré une densité médicale aujourd'hui à son plus haut niveau historique, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français. Cette situation risque de s'accroître avec la baisse du nombre de médecins annoncée dans les dix années à venir. Pendant longtemps, l'augmentation du nombre de médecins formés et la modulation régionale du *numerus clausus* et des postes d'internes ont été les seules mesures prises pour tenter d'atténuer les déséquilibres. Récemment, de nouvelles mesures pour inciter à l'exercice dans les zones en difficulté, rurales ou urbaines, ont été mises en place. Au niveau national, l'État et l'Assurance maladie privilégient les aides financières à l'installation ou au maintien en exercice et les outils d'information. À l'échelle régionale, les mesures portent principalement sur la formation et soutiennent les initiatives des professionnels de santé visant à s'organiser autrement (médecine de groupe, délégation des tâches, télé-médecine). Si peu de mesures ont été évaluées à ce jour, certains résultats peuvent toutefois être soulignés. Ils sont complétés par des enseignements issus de la littérature internationale.

2005

Midy, F., et al. (2005). "La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (102) : 4, tab., graph.

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes102.pdf>

Dans le cadre d'une mission confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), l'IRDES a réalisé en 2004, avec le soutien du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), une enquête dont l'objectif est de mieux cerner les trajectoires des sages-femmes, leurs activités et leurs conditions de travail. Par rapport à d'autres professions de santé (infirmières, médecins), la profession de sage-femme est assez peu étudiée. Ce travail propose donc une description de la profession, à partir d'une enquête sur les trajectoires, les pratiques et les conditions de travail des sages-femmes, afin d'apporter un éclairage qualitatif aux travaux menés par l'IRDES sur la démographie de la profession (Question d'économie de la santé n°101). Les résultats complets de l'enquête sont publiés dans le rapport 2004 de l'ONDPS (tome 3).

Midy, F., et al. (2005). "La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (101) : 4, tab., graph.

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes101.pdf>

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, l'IRDES a analysé la situation démographique de la profession de sage-femme à partir des données du fichier ADELI de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et du fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Un travail exploratoire est proposé : les besoins de sages-femmes pour la région Bourgogne en 2003 sont calculés selon deux méthodes et sont utilisés pour estimer la date d'un retour à l'équilibre démographique à quota constant. Après avoir dressé un état des lieux de la situation démographique de la profession de sage-femme en 2003, ce travail a pour objectif de questionner la méthode d'estimation des besoins sur laquelle repose la projection des effectifs.

2004

Le, Fur, P. et Lucas-Gabrielli, V. (2004). "L'offre de soins dans les communes périurbaines de France métropolitaine (hors Ile-de-France)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (86) : 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes86.pdf>

Ce travail s'intègre dans le cadre de nombreux travaux méthodologiques réalisés actuellement sur la démographie médicale. A la demande de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France (URCAM), l'IRDES et l'ORS Île-de-France ont réalisé une analyse de la démographie et de

l'activité des médecins libéraux sur un type d'espace particulier, encore peu documenté, les zones périurbaines. Les données utilisées pour l'offre de soins sont issues du Système national inter-régime (SNIR) de la CNAMTS au 31 décembre 2002.

Midy, F., et al. (2004). Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale : rapport 2004. Paris La documentation française : 122, tab., graph.

<https://docplayer.fr/18969244-Ondps-tome-analyse-de-trois-professions-sages-femmes-infirmieres-manipulateurs-d-electroradiologie-medicale-ondps.html>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 3 présente une analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie médicale. Il fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

2002

Couffinal, A., et al. (2002). "Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001." Questions D'economie De La Sante (Credes) (61) : 6, tabl., carte.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes61.pdf>

Comme chaque année depuis 1979, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) procède à une analyse du paysage médical français et dresse un bilan du nombre et de la répartition des médecins sur le territoire hexagonal. Pour la deuxième année consécutive, cette étude a été réalisée en partenariat avec le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Ce document présente une synthèse de la seconde partie de cette étude consacrée au comportement d'installation des omnipraticiens libéraux selon le canton.

2001

Couffinal, A. et Mousques, J. (2001). "La démographie médicale française : état des lieux." Questions D'economie De La Sante (Credes) (44) : 6, 3 graph., 1 tabl., 1 carte, 1 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes44.pdf>

Comme chaque année depuis 1979, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) procède à une analyse du paysage médical français et dresse un bilan du nombre et de la répartition des médecins sur le territoire hexagonal. Pour la deuxième année consécutive, cette étude a été réalisée en partenariat avec le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Ce document présente une première synthèse de cette étude. Elle réalise, un état des lieux de la profession médicale : médecins en activité, profil démographique des médecins en activité.

Couffinal, A. et Mousques, J. (2001). "Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques." Questions D'economie De La Sante (Credes) (45) : 6, 1 graph., 1 tabl., 2 carte, 1 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes45.pdf>

Comme chaque année depuis 1979, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) procède à une analyse du paysage médical français. Celle-ci dresse un bilan du nombre et de la répartition des médecins sur le territoire hexagonal. Pour la deuxième année consécutive, cette étude a été réalisée en partenariat avec le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Ce document présente une seconde synthèse de cette étude. Elle traite des médecins diplômés à l'étranger exerçant en France : statut des médecins à diplôme hors union européenne et son évolution depuis 1995 ; profil démographique des médecins à diplôme étranger.

Couffinal, A., et al. (2001). "Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche. Colloque organisé par le Conseil Scientifique de la CNAMTS et le CREDES." Questions D'economie De La Sante (Credes) (35) : 4, 1 tabl., 1 fig.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes35.pdf>

Ce document présente les actes du séminaire organisé en octobre 2000 par le Conseil Scientifique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Des éléments de cadrage sur les projections de démographie médicale et le lien entre démographie et production de soins sont présentés. L'analyse est complétée par une réflexion plus précise sur quelques spécialités médicales et sur les outils nécessaires pour une approche territoriale des besoins.

2000

Com-Ruelle, L., et al. (2000). La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens. Rapport Credes. Paris CREDES : 164, 164 graph., 116 tabl., 166 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1318.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

Com-Ruelle, L., et al. (2000). "La profession infirmière en mutation. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens." Questions D'economie De La Sante (Credes) (33) : 4, 1 graph., 2 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes33.pdf>

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers ou de nursing à travers les expériences menées dans d'autres pays européens (Royaume Uni, Suède, Allemagne). Dans la première partie du rapport, les auteurs présentent l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) ainsi que quelques exemples de réformes mises en place. Dans la seconde partie, les auteurs proposent une analyse et une comparaison internationale des principaux points développés dans la première partie.

Dourgnon, P., et al. (2000). "Apport de l'informatique dans la pratique médicale. Premiers résultats d'un enquête inédite via internet." Questions D'economie De La Sante (Credes) (26) : 6, 3 graph., 1 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes26.pdf>

Le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (F.O.R.M.M.E.L.) avec le concours du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (C.S.S.I.S.) et du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) a mis en place une étude sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Ce fascicule présente les premiers résultats de cette enquête qui a été conduite à partir de l'expérience quotidienne de médecins volontaires. Ces résultats permettent de connaître l'utilisation effective de l'informatique par les médecins, d'orienter leur choix parmi les possibilités actuelles et aussi d'inciter les industriels à proposer des services plus accessibles et mieux adaptés.

ÉTUDES PROSPECTIVES SUR LA PROFESSION

2019

Silhol, J., Ventelou, B. et Marbot, C. (2019). "Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(2) : 215-249.

Selon les projections récentes, les effectifs de médecins libéraux diminueront de 30 % d'ici à 2027 et la densité standardisée diminuerait jusqu'en 2023, créant des poches de sous-densité relativement nombreuses sur le territoire français métropolitain. L'article s'intéresse aux ajustements que les médecins généralistes de ville mettent en œuvre lorsque, sur leur territoire, ils sont d'ores et déjà confrontés à cette raréfaction. Les données utilisées sont celles du troisième panel des médecins généralistes enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS. Nous nous sommes appuyés sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé, développé par l'IRDES et la DREES, pour définir les zones les moins dotées en généralistes. En comparant les comportements des généralistes exerçant dans les zones les moins dotées à leurs homologues des zones mieux dotées, il est apparu d'abord que le planning d'activité du médecin tend à s'intensifier plutôt qu'à s'allonger. Nos données semblent en effet montrer que les rythmes de consultation dans les zones les moins dotées sont plus élevés, alors que le temps de travail global des généralistes s'avère quant à lui peu réactif à la densité en médecins alentour. On note aussi quelques différences statistiquement significatives sur les pratiques médicales : usage accru de certains médicaments, moins de renvoi vers des soins paramédicaux, suivis gynécologique probablement un peu moins réguliers, etc. Cependant, il semble que les différences ne sont pas statistiquement significatives pour les indicateurs de qualité des pratiques rattachés au dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

2018

Millien, C. (2018). "53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins." *Études et Résultats (Drees)* (1062) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1062.pdf>

Dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers actifs en 2040.

2017

Bachelet, M. et Anguis, M. (2017). "Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée." *Études et Résultats (Drees)* (1011) : 6.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>

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

2009

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er679.pdf>

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE lqF7R0xD. Diffusion soumise à autorisation]. Au 1er janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, leur nombre devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années. Au-delà, l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. En supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme, malgré un fort relèvement du numerus clausus jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030.

Attal-Toubert, K. et Vanderschelden, M. (2009). "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) (12) : 66, graph., annexes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss12.pdf>

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

Attal-Toubert, K. et Vanderschelden, M. (2009). "Méthodologie des projections d'effectifs de médecins." Serie Sources et Methodes - Document de Travail - Drees(7) : 73, tabl., fig., ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtsm7.pdf>

En 1999, la Drees a mis au point, en collaboration avec l'Ined, un modèle de projection d'effectifs de médecins utilisant à la fois une méthode de projection classique, basée sur le calcul d'agrégats, et la micro simulation. En 2007, une opération de refonte de ce modèle a été entreprise, en vue de réaliser un nouvel exercice de projections en 2008. La refonte du modèle avait pour objectifs d'actualiser les données utilisées comme entrées par le modèle, en tenant compte du fait que certaines sources n'étaient plus disponibles, de prendre en compte au mieux les évolutions qui ont touché la profession au cours des dernières années (notamment les changements ayant modifié le déroulement des études médicales), d'améliorer la précision du modèle et de le rendre plus lisible. Une nouvelle version du modèle a permis d'établir les résultats du scénario tendanciel à l'été 2008, et a été utilisée pour réaliser un nouvel exercice de projections en 2008-2009. Les premiers résultats de cet exercice de projections ont été publiés dans le n° 679 d'études et Résultats (février 2009) et une présentation de résultats plus détaillés figure dans le n° 12 des Dossiers Solidarité Santé (novembre 2009). Nous présentons dans ce document de travail la version 2008 du modèle de projections d'effectifs de médecins, c'est-à-dire les méthodes et les sources de données utilisées, la structure du modèle, les choix effectués, les hypothèses faites et les résultats produits.

2008

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

[BDSP. Notice produite par OBRESA GR0xkBrD. Diffusion soumise à autorisation]. Quand l'offre et la demande en soins médicaux sont mises "hors marché" par l'assurance-maladie universelle, le nombre de médecins n'a plus d'influence dans l'émergence de la sensation collective de leur sureffectif ou de

leur pénurie. Ce rôle inducteur est joué par une hausse - ou une baisse - prolongée du flux des nouveaux diplômés. Les projections du corps médical permettent précisément de prévoir à l'avance ces mouvements de hausse (ou de baisse), lorsque les études médicales sont régies par un système de numerus clausus peut susciter, à l'horizon de 15-20 ans l'émergence d'une perception collective aiguë de surplus (ou de manque) de médecins. (Résumé d'auteur).

2005

Collet, M. (2005). "Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030 : sources, méthode et principaux résultats." *Serie Etudes - Document De Travail - Drees*(54) : 109.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CO4UJR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Un peu plus de 70 000 pharmaciens actifs ont été recensés par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens au 1er janvier 2005. La densité de pharmaciens en France a fortement crû en 25 ans, mais la croissance démographique de la profession s'est nettement ralentie avec l'instauration d'un numerus clausus à partir de 1980. Ce document s'attache à décrire précisément la méthodologie employée pour approcher les comportements actuels des pharmaciens - comportements qui varient selon l'âge, le sexe, le secteur d'activité et le poste occupé - et fournit les résultats détaillés de ces travaux de projections.

Dang, Han Doan, B (2005). "Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques." *Courrier Des Statistiques*(116) : 3-6, 2 tabl., 1 graph.

L'auteur examine dans cet article, d'un point de vue à la fois statistique et historique, les raisons pour lesquelles, selon les époques, on parle de pléthore ou de pénurie de médecins en France, alors que leur nombre n'a, jusqu'à présent, jamais cessé d'augmenter.

2004

Bessiere, S., et al. (2004). "La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national." *Etudes Et Resultats*(352) : 12, 12 tabl., 10 graph.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/EtudesResultats/2004/352/er352.pdf>

Cette étude réactualise les projections effectuées par la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2002 concernant le nombre de médecins en activité en France. La réforme des études médicales entrant en vigueur, la plupart des hypothèses sur les flux de formation et sur les choix de spécialités restent ici fondées sur la poursuite des comportements observés dans le passé comme les redoublements, les choix de spécialités et d'installation. Elles ne dessinent donc pas forcément des évolutions futures mais retracent des évolutions tendancielle " à comportements inchangés ". Aussi, les projections présentées ne constituent-elles pas des prévisions mais des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel sur la démographie médicale de telle ou telle décision ou modification de comportement. C'est pourquoi, la présentation détaillée d'une projection conventionnellement qualifiée de " centrale " sera complétée ici par l'analyse de quatre variantes qui envisagent d'autres évolutions possibles.

Bessiere, S., et al. (2004). "La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections." *Etudes Et Resultats*(353) : 12, 16 tabl., 11 carte, 12 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er353.pdf>

Cet article présente une analyse régionale des projections de démographie médicale réactualisées à partir d'effectifs de médecins en activité au 31 décembre 2002. Elle retrace les évolutions tendancielle du nombre et de la densité de médecins par région à l'horizon 2025, selon différentes hypothèses concernant les comportements de mobilité des professionnels et les décisions en matière de formation ou d'installation.

Dang, Han Doan, B., et al. (2004). "Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) : quel numerus clausus pour quel avenir ?" Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **44**(1) : 101-148, tabl., stat., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP TR0xgA11. Diffusion soumise à autorisation]. Cette projection démographique est la continuation de la dizaine d'opération de ce type portant sur l'ensemble de la profession médicale que l'équipe du Centre de Sociologie et de Démographie Médicales a entreprises dans le passé. En particulier, sa démarche méthodologique est semblable à celle des projections effectuées en 1979,1982,1985,1988 et 1992. L'objectif est de remettre en chantier le travail pour tenir compte des nouvelles données disponibles ainsi que des orientations récentes concernant le numerus clausus en début d'études de médecine. Dans le contexte actuel de la démographie médicale le numerus clausus et son évolution constituent les éléments fondamentaux de toute projection du nombre de futur de médecins. Or, comme le numerus clausus est fixé annuellement par les pouvoirs publics, il ne peut pas être "prévu" ou "projeté" sur la base de l'extrapolation de son évolution passée. On ne peut que formuler à ce propos des hypothèses sur les décisions à venir. Le but ultime est de chercher à répondre à la question "Que deviendra la démographie des médecins dans 20 ou 40 ans si le numerus clausus est fixé à tel ou tel niveau ?" En d'autre termes on cherche à déterminer les conséquences dans le futur des décisions prises aujourd'hui. Pour le présent travail, deux hypothèses principales sont adoptées. La première est un numerus clausus à 8000, la deuxième un numerus clausus à 6000. (extrait du résumé).

Levy, D. Dang, Han Doan, B. (2004). "Quarante ans de quête de futur (1964-2004) : les projections démographiques des corps de santé du C.S.D.M." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **44**(1) : 71-100, tabl., stat., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xOpFD6. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2004, le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales a entrepris 16 opérations de projection démographique portant sur les professions de santé, en particulier les médecins. Dans aucun pays, on ne s'est attaché à la prospective des ressources humaines avec une telle constance. Mais, par delà la régularité, qu'explique en partie le contexte du système de santé en France, ce sont la méthode et les techniques qu'il est intéressant de mettre en relief et qui sont développés dans cet article.

Mornat, J., et al. (2004). L'exercice médical à l'horizon 2020. Paris CNOM : 49.

Ce rapport dresse, tout d'abord, un état des lieux de la pénurie médicale en France à l'horizon 2020. Il analyse les raisons de cette crise démographique, et propose diverses recommandations pour palier à cette évolution catastrophique pour le corps médical.

2003

Coste, E. et Bui, D.-H.-d. (2003). Projection régionale du corps médical français (1998-2013)

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 8JiV8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. La première partie de cet article présente la méthodologie adoptée pour effectuer des projections de médecins aux niveaux régional et départemental. Les dates cibles retenues sont 2003, 2008 et 2013. Pour chaque département (et chaque région), la projection s'attache à obtenir l'effectif de médecins en activité réparti en divers groupes de disciplines (médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales, spécialités psychiatriques). La projection cherche aussi à déterminer, à chaque niveau, l'effectif des médecins exerçant à titre libéral. Le deuxième chapitre propose un exemple d'évolution régionale : le Poitou-Charentes pour la période 1998-2013.

2002

Darrine, S. (2002). "Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice." *Etudes Et Resultats*(156) : 12, 14 cartes, 15 tabl., 13 graph., 11 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er156.pdf>

Le modèle de projection des effectifs médicaux élaboré par la DREES et l'INED permet de décliner les projections de densité médicale par région, par mode d'exercice (libéral et hospitalier) et par spécialité. Avec une hypothèse " de référence ", forcément discutable, de maintien des *numerus clausus* et des comportements actuels, le nombre global de médecins diminuerait à partir de 2004, et à partir de 2008 pour les médecins salariés hospitaliers. Les densités médicales globale et hospitalière pourraient diminuer plus précocement du fait de l'accroissement de la population française. Toutefois si les comportements restent constants, les densités régionales auraient plutôt tendance à s'homogénéiser d'ici 2020 au niveau global comme à l'hôpital. En Alsace, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, les densités médicales globale et hospitalière se maintiendraient au-dessus des densités nationales, sauf pour certaines disciplines à l'hôpital. L'Île-de-France conserverait aussi des densités médicales, globale et hospitalière, au-dessus de la moyenne nationale, y compris pour chaque discipline d'internat. En Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, la densité médicale resterait supérieure à la densité nationale au niveau global, mais inférieure à l'hôpital. En Franche-Comté et Lorraine, la densité médicale globale deviendrait supérieure à la densité nationale d'ici 2020. En Rhône-Alpes, Auvergne, Champagne-Ardenne et Nord - Pas-de-Calais, les densités médicales globale et hospitalière passeraient au-dessus des moyennes nationales. Enfin, en Bretagne, Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Bourgogne, Haute-Normandie, Picardie, Centre, Pays de la Loire, ainsi que dans les DOM, les densités médicales globale et hospitalière resteraient inférieures à la moyenne.

Niel, X. (2002). "La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002." *Etudes Et Resultats*(161) : 8, 4 tabl., 7 graph., 2 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er161.pdf>

Chaque année, la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalise des projections d'effectifs de médecins sur la base des nouvelles estimations de leur nombre au 1er janvier et en retenant à titre d'hypothèse centrale un *numerus clausus* maintenu à son dernier niveau. Cette étude présente les résultats des projections effectuées sur la France métropolitaine pour la période allant de 2002 à 2020, fondées sur l'observation de la démographie médicale actualisée au 1er janvier 2001 et comme hypothèse centrale un *numerus clausus* de 4 700 étudiants admis en deuxième année de médecine. Elle réactualise les projections déjà publiées par la DREES et reprises par la Direction Générale de la Santé dans un rapport sur la démographie médicale publié en juin 2001, sur la base d'un *numerus clausus* alors fixé à 4 100 élèves par an et de l'observation des effectifs médicaux au 1er janvier 2000.

Sicard, T. (2002). "Projections médecins 2002-2020. Hypothèse *Numerus Clausus* 4700 et 1843 postes d'internes." *Serie Statistiques - Document de Travail - Drees*(30) : 149, tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss30.pdf>

[BDSP. Notice produite par ORSRA 4IR0xOpn. Diffusion soumise à autorisation]. Ces projections s'appuient sur l'observation de la démographie médicale au 1er janvier 2001, simulent un *numerus clausus* actualisé à 4700 élèves par an, et utilisent des données sur les départs à la retraite plus fines qu'auparavant. Le modèle simule l'évolution des effectifs année par année jusqu'en 2020. Ce modèle permet d'établir des projections régionalisées des effectifs de médecins selon le sexe, l'âge, la spécialité et le mode d'exercice principal, mais aussi selon l'année d'installation et la taille d'unité urbaine du lieu d'exercice du médecin.

2000

Vilain, A., et al. (2000). "Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020." *Etudes Et Resultats*(57) : 8, 3 graph., 1 carte.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er057.pdf>

La DREES et l'INED ont bâti en commun un modèle de projections régionales de densité médicale à l'aide de divers paramètres (évolution de la population régionale, de la structure par âge de la population actuelle des médecins, du nombre de postes ouverts au concours de l'internat, du nombre d'étudiants de chaque région qui y sont reçus et de la mobilité interrégionale des étudiants à l'issue de leur formation.). Ce modèle permet de décrire les grandes évolutions des densités médicales régionales qui se dessinent à l'horizon 2020 et d'analyser, dans divers scénarios, les contributions des différents facteurs à ces évolutions prévisibles.

Les aspects organisationnels de la profession

LES RELATIONS CONVENTIONNELLES : DE L'OPTION MEDECIN REFERENT AU MEDECIN TRAITANT

Pour en savoir plus :

Les synthèses de l'Irdes :

- [L'historique des conventions médicales](#) ;
- [La réforme du système de santé en 2004](#) ;
- [Les plans de réformes de l'assurance maladie](#) ;
- [La loi HPST](#) ;
- [La loi de modernisation de notre système de santé](#) ;
- [La loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé](#) ;
- [La médecine spécialisée.](#)

[Le site de la Cnam](#) : Pour les professionnels de santé.

2021

Cour des Comptes (2021). La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins. [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.](#), Paris : Cour des comptes: 207-235.
https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-10/20211005-rapport-securite-sociale-2021_0.pdf

La télésanté désigne l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux réalisés à distance. Elle recouvre la télémedecine, définie par la loi en 2009, réalisée par les professionnels médicaux, ainsi que le télésoin, ou pratique à distance des actes des auxiliaires médicaux et des pharmaciens, introduit dans la législation en 2019.

2020

Hassenteufel, P., Naiditch, M. et Schweyer, F. X. (2020). "Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées - Avant-propos." [Revue Francaise Des Affaires Sociales\(1\)](#) : 11-31.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>

La réorganisation des soins de proximité est au cœur de l'agenda des réformes actuelles. Ainsi, le plan Ma santé 2022, annoncé par le Président de la République en septembre 2018, fait du renforcement du premier recours l'un de ses principaux objectifs – que l'on retrouve dans la loi sur la transformation du système de santé votée en juillet 2019. Cette orientation actuelle des politiques de santé n'est ni propre à la France, comme le montrent les autres cas nationaux présentés dans ce numéro, ni récente. Dans le cas français, elle remonte aux années 1990, avec le renforcement du rôle du médecin généraliste (mise en place du système du médecin référent en 1997, puis du médecin traitant en 2004), l'accent mis sur les soins de premier recours dans la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) et l'appel au « virage ambulatoire », qui s'est fait de plus en plus insistant dans les discours publics et les annonces ministérielles de ces dernières années. Cette réorganisation des soins

primaires apparaît dès lors comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au xxie s., en particulier l'existence de déserts médicaux dans un nombre croissant de territoires ruraux, périurbains et même urbains ainsi que la crise des urgences renvoyant à la saturation des hôpitaux publics. Comme l'illustre le rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance maladie, rendu public en mai 2018, l'organisation des soins est au cœur de la stratégie de réforme du système de santé...

Routelous, C. et Philippe, T. (2020). "Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* 5-6(5): 391-410.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-page-391.htm>

La France a mis en œuvre de nombreux dispositifs de coordination afin de pallier au décalage entre les pratiques historiquement cloisonnées au sein du système de santé et les besoins transversaux des malades chroniques. C'est une véritable approche pluriprofessionnelle et globale des parcours de santé qui est attendue. Pourtant l'exercice collectif et coordonné reste en France minoritaire en particulier dans les pratiques des médecins généralistes. Notre travail vise à mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes s'approprient un dispositif d'appui à la coordination. Pour cela nous avons mené une étude qualitative auprès de 14 utilisateurs d'une plateforme territoriale d'appui. Nos résultats montrent d'abord que les médecins sont ambigus vis-à-vis des modalités de travail et de coopération avec le dispositif de coordination, en cantonnant ce dernier à un rôle de prestataire par la délégation de tâches ponctuelles. Cette situation permet de maintenir les médecins généralistes comme pivot du parcours en parallèle du travail de coordination réalisé par la PTA. Ensuite nous avons mis à jour l'ambiguïté des médecins généralistes vis-à-vis des finalités du dispositif. Ces derniers hybrident leur besoin d'être soutenu dans des tâches jugées complexes et dans l'appui aux parcours complexes. Enfin nous avons éclairé l'ambiguïté des médecins vis-à-vis de leur propre rôle dans la coordination des parcours de santé en montrant l'acceptation de déléguer des tâches qu'ils jugent eux-mêmes comme ne relevant pas de leurs prérogatives ou incompatibles avec leurs contraintes.

2019

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

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

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

guarantee access to care and respond to population needs in primary care. HTPC implementation implies radical change for the professionals to undertake social and populational responsibility for which public health professionals should help to meet the challenge.

Cnam (2019). Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation, Paris : Cnam
<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-09-12-dp-remboursement-teleconsultation-1>

A la suite de la signature de l'avenant 61 à la convention médicale d'août 2016, les médecins peuvent facturer depuis le 15 septembre 2018 à l'Assurance Maladie les actes de téléconsultation, dès lors qu'ils sont réalisés selon les modalités définies conjointement entre les partenaires conventionnels. Un an après son remboursement par l'Assurance Maladie, la téléconsultation s'installe progressivement comme une nouvelle modalité de prise en charge des patients. En effet, depuis son lancement le 15 septembre 2018, on estime à plus de 60 000 le nombre de téléconsultations facturées au 15 septembre 2019, sur l'ensemble du territoire.

Suhard, V. (2019). Historique des conventions médicales : synthèse documentaire, Paris : IRDES
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des conventions médicales en France, régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie. Elle est accompagnée de références bibliographiques.

2018

Cnam (2018). Coup d'envoi de la télémédecine en France à la rentrée 2018 avec la signature de l'avenant n° 6 à la convention médicale relatif à la télémédecine, Paris : Cnam
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-06-12-dp-telemedecine-france.pdf>

La télémédecine va se déployer officiellement dans l'hexagone à partir du 15 septembre prochain. L'avenant n° 6 à la convention médicale relatif à la télémédecine est en passe d'être paraphé par presque tous les syndicats. Après le SML dès le 25 mai, MG France, le BLOC et la CSMF ont confirmé leur signature. Quant à la FMF, elle devrait délibérer le 23 juin 2018. Rappelons que cet avenant organise les conditions de réalisation et de prise en charge par l'assurance maladie de la téléconsultation et de la téléexpertise. Les médecins pourront effectuer des examens médicaux par visioconférence rémunérés au même tarif qu'une consultation classique. Des téléexpertises, payées 12 ou 20 euros selon la complexité de l'acte, seront mises en place dès février 2019 pour certaines catégories de patients. Elles seront élargies à l'ensemble des patients dès 2020. L'accord précise que le patient pourra être assisté par un autre professionnel de santé et l'Assurance maladie indique que ces nouvelles pratiques s'étendront à d'autres professionnels de santé dans l'avenir, "en commençant par les infirmiers et les pharmaciens".

2017

Cnamts (2017). Convention médicale 2016/2021 : Quoi de neuf pour les patients ?, Paris : Cnamts
<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-05-03-dp-convention-medecale-2016-2021.pdf>

La nouvelle convention médicale signée entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie en août 2016 prévoit de nombreuses dispositions qui répondent à deux objectifs clés : Renforcer l'accès aux soins et améliorer la prise en charge médicale

Dumontet, M., et al. (2017). "Gatekeeping and the utilization of physician services in France: evidence on the Médecin traitant reform." Health Policy **121**(6) : 675-682.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101730115X>

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

Stamane, A. S. (2017). "Médecin traitant : la grande pénurie." Que Choisir ? (562) : 24-25.

Déclarer un médecin traitant est une exigence de l'assurance maladie en France. Mais pour les patients, elle est de plus en plus difficile à satisfaire en raison de la désertification médicale dans certaines régions.

2016

Aissou, M., et al. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé, Bordeaux : LEH Editions

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins. L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en œuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé. « L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. » D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement. Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

2015

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

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf

Ce rapport rassemble les conclusions des travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des

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

2013

Cour des comptes (2013). Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné : une réforme inaboutie. In : Rapport annuel de la Cour des comptes 2013. Paris : Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf

2011

(2011). Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Paris CNOM : 20.

La convention nationale signée le 26 juillet 2011 reprend en grande partie la convention signée en 2005 et ses avenants. Elle comporte aussi quelques nouveautés. Dans le premier cas, le Conseil national de l'Ordre des Médecins a repris de manière succincte, les avis précédemment émis. Dans le second cas, après avoir décrit sommairement les dispositions nouvelles, le Conseil national a mis en exergue les difficultés qu'elles pouvaient susciter en termes de déontologie et d'exercice médical. Sauf exception, les dispositions nouvelles n'ont pas été reprises si elles ne justifiaient pas d'observations particulières. Les paragraphes en gras correspondent à la position du CNOM.

Cnamts (2011). La convention médecins - Assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins, Paris : Cnamts
https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/dp_convention_medicale_2011_vdef.pdf

Ce dossier de presse présente la nouvelle convention signée entre l'Assurance Maladie et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France) et qui va régir leurs relations pendant les cinq prochaines années. Cette convention médicale réforme le mode de rémunération des médecins libéraux en généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce nouveau dispositif tend à développer la prévention, à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et à favoriser l'efficacité et l'organisation du système de soins. D'autres mesures concernant le parcours de soins coordonnés, l'aide à l'installation dans les zones sous dotées et la modernisation des pratiques médicales ont été actées.

2010

Careps (2010). Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. Lyon Careps : 47, tabl., graph.

L'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Rhône-Alpes a souhaité conduire une étude pour évaluer l'impact sur l'activité médicale et administrative des médecins généralistes de la mise en place du dispositif du médecin traitant, constituant un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Une enquête de perception sur le rôle du médecin traitant a été menée via un questionnaire envoyé à un échantillon représentatif des médecins généralistes de Rhône-Alpes. En complément, une étude spécifique sur l'activité du médecin traitant et les transferts de charges consécutifs, a été réalisée en faisant appel au volontariat auprès des médecins répondants. Il s'agissait

de compléter d'une part une fiche pour chaque patient pendant deux jours avec un nombre très limité de questions et d'autre part, de remplir une fiche synthétique d'activité pour la semaine concernée. L'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant a été réalisée auprès des 236 médecins répondants. Complétée par l'étude d'observation sur les activités des généralistes effectuée par 56 médecins volontaires, ces travaux apportent un certain nombre d'informations avec des différences significatives selon le profil sociodémographique des praticiens.

SFMG (2010). "Le patient et son généraliste "médecin traitant". 13p., fig.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes qui les rendent indispensables, indispensables pour les soins quotidiens de chacun, indispensables pour le maintien de toute politique de santé fondée sur l'accessibilité et l'efficacité des soins pour tous, indispensables dans les discours des décideurs des politiques de santé au fur et à mesure de leur raréfaction sinon disparition dans certaines régions ou quartiers. Les jeunes générations de médecins ne choisissent pas ce métier, non pas par manque d'intérêt, mais par manque d'une organisation nationale facilitant cet exercice complexe, prenant et difficile. Le paradoxe du médecin traitant est d'avoir été reconnu par deux lois successives en 2004 et 2009 et de faire le constat persistant de ces difficultés. Chacun a une opinion partielle de « son » médecin traitant (98 % des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste), la vision de ces médecins généralistes, de la spécificité et diversité de leurs rôles est celle de l'iceberg : la partie invisible est la plus importante. C'est ce que tente de décrire cette publication (extrait de l'éditorial)

Dourgnon, P. et Naiditch, M. (2010). "The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping." *Health Policy* **94**(2) : 129-134.

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to specialist care. This paper describes the political process which lead to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient? understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

Polton, D. (2010). "Accroître la qualité et l'efficience du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France." *Revue Française Des Affaires Sociales*(3) : 97-101.

Cet article présente la stratégie globale que l'assurance maladie française déploie depuis plusieurs années pour gagner en qualité et en efficience dans le système de soins. Cette démarche s'appuie sur les soins primaires et les médecins traitants, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en constitue un des éléments.

2009

Cnamts (2009). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention

https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23862/mod_resource/content/1/res/Art_Bilan_medecin_Traitant.pdf

Janvier 2005, la convention médicale met en place le médecin traitant. Ce nouveau dispositif prend rapidement sa place dans la vie des assurés : fin 2008, 85% des assurés ont choisi un médecin traitant et le dispositif a permis d'enregistrer de réels progrès en termes de prévention.

Bourgueil, Y. (2009). "L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ?" *Sante Societe Et Solidarite : Revue De L'observatoire Franco-Quebecois*(2/2008) : 105-114.

Après un exposé des principales caractéristiques de l'organisation des soins ambulatoires, nous nous interrogerons sur la portée réformatrice de deux changements à l'oeuvre dans le secteur des soins ambulatoires en France : la réforme du médecin traitant de 2004 et celle du cursus universitaire de la médecine générale, résultants tous deux d'un long processus et de compromis multiples. Ils apparaissent, par leur processus d'émergence, de nature essentiellement réactive aux éléments conjoncturels et d'une portée réformatrice modestes en regard des enjeux sous jacents. On peut néanmoins s'interroger sur les effets de changements systémiques à termes de ces évolutions incrémentales. En conclusion, au regard de la dynamique actuelle de la réforme et des transformations structurelles de plus grande ampleur que nous croyons nécessaires, nous développerons la thèse d'une nécessaire mise en cohérence des éléments de réformes dans le cadre d'un projet global pouvant faire sens aux différents acteurs impliqués (professionnels de santé, acteurs politiques, associations de malades, etc.) (résumé d'auteur).

Gouyon, M. (2009). "Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)* (11) : 19, tabl., fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss11.pdf>

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

Maunoury, F. (2009). Evaluation médico-économique de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 : Application au parcours de soins coordonnés de patients chroniques traités par corticostéroïdes inhalés. Lyon Université Lyon 1, Université Lyon 1. Lyon. FRA. **Thèse ; Doctorat en économie de la santé** : 319, annexes.

http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/93/27/PDF/TH2009_Maunoury_Franck.pdf

L'objectif de cette thèse est de conceptualiser, à partir de l'exploitation des données de remboursement de soins de l'assurance Maladie, les différentes trajectoires de recours aux soins relatives à la prise en charge d'une pathologie chronique (asthme), et d'étudier les déterminants de ces trajectoires du point de vue du profil et du comportement subséquent du prescripteur de soins. L'étude de la relation entre le comportement prescriptif et la trajectoire de soins est appréhendée par des techniques de modélisation et d'analyses multivariées. L'objectif sous-jacent est d'évaluer, d'un point de vue médico-économique, l'impact de la typologie des prescripteurs (caractéristiques des offreurs de soins) sur les différentes trajectoires de soins suivies par les patients atteints de la pathologie définie supra. Les caractéristiques susceptibles d'identifier une typologie de prescripteur correspondent aux variables influant sur le comportement prescriptif, au sens large, du médecin (âge, sexe, durée d'exercice, type d'exercice, etc.). La question principale de la thèse est celle de l'effet régulateur de l'incitation économique, instaurée par le parcours de soins coordonnés (réforme de l'assurance Maladie, août 2004), sur les trajectoires de soins, réellement observées, de patients atteints de pathologies chroniques. Les corollaires sont : Le déremboursement des actes hors parcours de soins coordonnés peut-il avoir un impact significatif sur la trajectoire empirique de prise en charge du patient ? Le profil du prescripteur d'actes médicaux va-t-il, toutes choses égales par ailleurs, un effet sur le respect ou non de la trajectoire de soins référentielle admise par le parcours de soins coordonnés ? Quels sont les déterminants principaux du non-respect de cette trajectoire référentielle, du point de vue de l'analyse des caractéristiques des couples « médecin – patient » ? (résumé de l'auteur).

Naiditch, M. et Dourgnon, P. (2009). The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. Document de travail Irdes ; 22. Paris Irdes : 15.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf>

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to specialist care. This paper describes the political process which led to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient? understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

Pretot, X. (2009). "D'une convention nationale des médecins à l'autre : le sort du médecin référent." Droit Social(3) : 288-291.

Cet article rend compte d'un litige entre un médecin généraliste et une caisse de mutualité sociale agricole lié au remplacement de la formule de médecin-référent adopté par la convention nationale des médecins de 1998 par la formule dite de médecin traitant par la nouvelle convention de 2005.

Rebecq, G. (2009). "Le parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004, cinq ans après." Revue De Droit Sanitaire Et Social(4) : 610-624.

Le parcours de soins coordonnés est dans le droit fil de l'un des principaux objectifs de la loi du 13 août 2004 : mieux structurer le système de santé français en agissant sur l'accès et sur l'offre de soins et en faisant en sorte que, pour une pathologie précise, le patient ne multiplie pas les consultations. Des économies devaient être réalisées. C'était d'ailleurs une des recommandations posées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport du 23 janvier 2004. L'auteur analyse l'évolution de cette mesure phare au cours des 5 années écoulées.

2008

Bons-Letouzey, C. et Gombault, N. (2008). "Médecin traitant : la réforme implique un risque accru de manquement aux obligations." Concours Medical **130**(6) : 306-309.

La réforme du statut du médecin traitant implique des obligations accrues ou nouvelles pour celui-ci : devoir d'information, de conseil, de vigilance et de coordination des soins. En conséquence, si l'obligation de moyens reste le principe en matière de responsabilité médicale, les manquements pouvant aboutir à une condamnation sont de plus en plus nombreux. Il convient de bien les identifier pour mieux les prévenir.

Bournot, M.-C., et al. (2008). "Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié." Etudes et Resultats (Drees) (649) : 8, tabl., graph.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2008_PDF/2008_p1v2_mg_er649.pdf

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xr7I98. Diffusion soumise à autorisation]. Dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire) collaborent avec un vaste réseau de professionnels mais échangent le plus souvent avec les spécialistes et les pharmaciens. Ils jouent un rôle pivot dans le parcours de soins, ils conseillent très souvent des noms de confrères, principalement en fonction de critères relationnels : habitude de travail, certitude du retour d'information. Parallèlement à ces "réseaux professionnels informels", un certain nombre de généralistes déclarent adhérer à des formes de coopération plus institutionnelles, les "réseaux de santé".

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

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

Dourgnon, P., et al. (2008). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006., Paris : IRDES : 37-41.

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

Le, Fur, P. et Yilmaz, E. (2008). "Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes Santé Protection sociale 2004 et 2006." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (134) : 8, tabl., graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes134.pdf>

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

2007

(2007). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007. Paris HCAAM : 144, tabl.

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise

médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements très élevés montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficacité. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

Barnay, T., et al. (2007). "Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 109-126.

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

Dourgnon, P., et al. (2007). "Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme." *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)* (124) : 1-4.

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

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement. L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.

2006

Bras, P. L. (2006). "Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique." *Droit Social*(1) : 59-72.

Cet article présente tout d'abord le nouveau dispositif de médecin traitant tel qu'il est défini dans la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Il essaie ensuite d'évaluer ses effets potentiels ainsi que les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères. Ces analyses conduisent à douter de la rationalité de cette réforme au regard de ses objectifs affichés, et cet article tente d'en décrypter la logique et d'en extraire des enseignements sur la construction des politiques publiques relatives aux soins de ville.

Com-Ruelle, L., et al. (2006). "Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform." *Eurohealth* **12**(1) : 17-19, 11 tabl.

Crochet, B., et al. (2006). "La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 : une loi axée sur le comportement des acteurs." *Sante Et Systemique* **9**(3-4) : 19-20.

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 marque un tournant important dans la méthode utilisée pour les plans d'équilibre financier de l'assurance maladie successifs. Pour la première fois, les nouvelles recettes dégagées ne représentent que moins du tiers du déséquilibre financier total des années 2005 à 2007, et les réformes de fond, amélioration de la prise en charge du patient, renforcement de la qualité des soins tant par la formation médicale continue que par l'évaluation des pratiques professionnelles, responsabilisation des acteurs sur le plan financier, modification de la gouvernance etc., sont des éléments-clés. Le rôle des assurances complémentaires est clairement affirmé comme un partenaire du remboursement des soins. Le déséquilibre de l'ensemble des risques sociaux (vieillesse, famille, santé...) qui s'annonce, impose la participation des assurances complémentaires au financement des soins.

Le, Fur, P. et Lengagne, P. (2006). "Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (106) : 8, 5 graph.

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes106.pdf>

Cette étude, reposant sur les données de l'Enquête Santé, soins et protection sociale menée en 2004 par l'Irdes, fait le point sur les modalités d'accès aux spécialistes avant la mise en place de la réforme.

2005

(2005). Le parcours de soins coordonnés : quoi de neuf en 2006 ?, Paris : CNAMTS

70 % des Français ont choisi leur médecin traitant en 2005. En 2006, toutes les composantes du parcours de soins coordonnés seront réunies. Les nouvelles incitations financières prévues pour favoriser la coordination des soins entreront en application à partir de janvier 2006. Et surtout, la prévention prendra toute sa place au coeur du dispositif grâce au rôle essentiel exercé dans ce domaine par le médecin traitant.

(2005). Livre blanc de l'Option Médecin Référent. Damgan AMEDREF : 54.

<http://www.cabmedpleudihen.fr/article-1257927.html>

L'Amedref compile, dans son livre blanc nourri de contributions politiques, économiques ou statistiques, ses bienfaits, résultats d'un changement de pratique. " Pour un coût moyen de 7 070 euros par an, un médecin référent prescrit 20 000 euros de moins en médicaments. Au moment où l'assurance maladie cherche à faire des économies, comment expliquer qu'on mette fin à ce système ? " s'interroge notamment Christian Lehmann, médecin dans la région parisienne.

Bayet, J.-F., et al. (2005). "L'engagement et la responsabilité des acteurs." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(53-54) : 52-64.

[BDSP. Notice produite par ENSP fDBR0xhw. Diffusion soumise à autorisation]. La réforme de l'assurance maladie s'articule autour d'axes majeurs : la modification des comportements, la responsabilité des acteurs et le décloisonnement du système de soins.

Fabre, D., et al. (2005). "La réforme de l'assurance maladie : loi n° 2004-810 du 13 août 2004." *Petites Affiches : Le Quotidien Juridique* **194**(44) : 47.

L'objectif de ce document est de présenter une analyse commentée et critique de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie en France. Les aspects étudiés sont les suivants : la genèse de la réforme de l'assurance maladie, les principes de la réforme, la réforme structurelle de

l'assurance maladie, la nouvelle maîtrise des dépenses de santé, la réforme du contrôle médical et des arrêts de travail, la réforme du financement, la réforme de l'assurance maladie dans l'entreprise, les aspects contentieux.

Galloux, J. C. (2005). "Interrogations juridiques sur la déclaration de choix du médecin traitant." Concours Medical **127**(8) : 473-476.

[BDSP. Notice produite par ORSRA uvoR0xML. Diffusion soumise à autorisation]. Comme les deux-tiers des assurés, le Pr Galloux, directeur du centre de droit médical de l'Université de Panthéon-Assas, a reçu son formulaire de déclaration de choix du médecin traitant. Il est resté quelque peu dubitatif sur sa valeur juridique.

Lenoir, D. (2005). "La réforme de l'assurance maladie." Cahiers Français(324) : 46-53, graph.

Le déficit structurel de l'assurance maladie et le caractère désormais inopérant des mesures traditionnelles destinées à le résorber ont conduit les pouvoirs publics à mettre en oeuvre une nouvelle réforme. Daniel Lenoir expose ici les caractéristiques de la loi du 13 août 2004, qui modifie notamment les conditions d'accès aux soins ainsi que le système institutionnel en matière de santé. Il analyse aussi les limites de la réforme en cours et les obstacles importants susceptibles de l'entraver.

2004

Aoust, B., et al. (2004). Evaluation du dispositif du médecin référent : 66, 27 tabl., 10 graph.

Après plusieurs années d'existence, l'option conventionnelle Médecin référent apparaît comme le plus important dispositif de coordination des soins et d'amélioration du service médical rendu. Cependant, il convient de faire un bilan de l'expérience acquise. La présente note a pour objectif de rassembler les résultats aujourd'hui disponibles et d'esquisser quelques éléments d'évaluation : bilan quantitatif de la montée en charge du dispositif ; évaluation de l'impact de cette expérience dans ses différentes dimensions ; actions mises en place par les caisses.

Lheritier, M. et Pejout, I. (2004). "L'activité abusive du médecin référent - A propos du jugement rendu par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime le 20 mai 2003." Revue Medicale De L'assurance Maladie(1) : 37-43.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 3R0xvrxl. Diffusion soumise à autorisation]. Le 20 mai 2003, le TASS (Tribunal des affaires de sécurité sociale) de la Charente-Maritime a décidé qu'un médecin référent qui avait dépassé le seuil maximal annuel d'activité devait restituer la première partie de l'indemnité forfaitaire versée par la CPAM, laquelle n'était pas tenue de lui régler la seconde. Cette décision, déferée à la Cour d'appel de Poitiers, mérite une attention particulière non seulement parce qu'elle résout une difficulté d'interprétation de la convention nationale des médecins généralistes, mais encore, et surtout, parce qu'elle participe à la conceptualisation juridique de la notion d'activité médicale.

Tesson, C. (2004). "Bilan de l'option conventionnelle "médecin référent" ; 54 411 contrats "médecin référent" réglés par le régime agricole au 1er semestre 2004." Oes Mensuel De L'observatoire Economique Et Social(108) : 3-6, tab.

2003

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

Depuis quelques années, il fait nul doute que les houleuses négociations et l'échec de l'aboutissement d'un accord avec les médecins spécialistes pose aujourd'hui, plus que jamais, la question des relations

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

2002

Bejean, S., et al. (2002). "L'assurance maladie, acheteur avisé : une réforme profonde des relations conventionnelles avec les médecins libéraux." *Journal D'economie Medicale* **20**(2) : 75-91, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 2R0x225]. Diffusion soumise à autorisation]. A l'initiative de l'URCAM de Bourgogne, des économistes et des décideurs de l'Assurance Maladie se sont réunis pour débattre de l'avenir des relations entre médecins et Assurance Maladie. Cette rencontre a débouché sur des propositions qui visent à contribuer au débat public sur les réformes du système de santé. L'objet de cet article est de porter un regard analytique et critique sur ces propositions, tout particulièrement celles qui suggèrent l'introduction de mécanismes de concurrence au sein du système de santé. Il s'agit bien sûr de s'interroger sur la pertinence théorique des instruments de régulation proposés et sur leur adéquation au contexte français. Il s'agit aussi, de façon plus originale, d'étudier les conditions d'implantation de ces instruments de régulation dans le contexte spécifique et complexe du système de santé. (résumé d'auteur).

Evin, C. (2002). Rapport sur la proposition de Jean Le Garrec portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Paris Assemblée Nationale : 65, tabl.

<http://www.assemblee-nationale.fr/rapports/r3524.asp>

Ce rapport a été réalisé par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale suite à la proposition du député Jean Le Garrec sur la rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Il dresse, en premier lieu, un historique du système conventionnel français depuis la première convention de 1971 à la réforme inaboutie de 1999, et démontre la paralysie du système. Il analyse, dans un deuxième temps, les différents projets de rénovation : recommandations de la mission de concertation (été 2001), article 18 de la loi de financement Sécurité sociale pour 2002, et enfin le projet de loi de Jean Le Garrec. Ce dernier projet propose un cadre conventionnel à trois étages et une modification du suivi des objectifs de dépenses.

2001

Colomb, A., et al. (2001). La mise en place de l'option conventionnelle médecin référent : réalité, problématique et avenir de ce projet dans le cadre de la réforme du système de soins. Saint-Etienne CNESS, Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.). Saint-Etienne. FRA. **39^{ème} promotion du CNESS** : 87, carte.

Ce mémoire fait une évaluation du dispositif « médecin référent » mis en place suite aux ordonnances Juppé d'avril 1996. L'approche est triple : la première concerne la fonction médecin : est-on en présence d'un nouveau type de médecin qui travaille à la refondation du système du serment d'Hippocrate ou ne procède-t-on qu'à une simple dynamisation du thème du médecin de famille ? La seconde s'attache au contenu de la fonction : s'agit-il simplement de valoriser la pratique du médecin généraliste ou, plus largement, d'engager de façon pragmatique et progressive une véritable réorganisation du système de soins ? La troisième se concentre sur la notion du « signe ». Elle invite à

réfléchir à l'importance d'identifier la métamorphose de la pratique médicale qui introduit le médecin référent. L'ensemble de ces approches, référé au propos sur la clôture de la pensée Hippocratique originelle, donne au médecin référent une résonance forte, insoupçonnée, qui requiert une méthodologie particulière.

2000

Bergogne, A. (2000). "L'échec du médecin référent." Concours Medical **122**(30) : 2120-2122.

[BDSP. Notice produite par ENSP bA048R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dispositif instable, complexe, resté inachevé, l'option conventionnelle est loin d'avoir rempli ses objectifs. Selon le dernier rapport de la Cour des Comptes sur le financement de la Sécurité sociale, le système du médecin référent a obtenu des résultats plus que médiocres.

1999

(1999). Eléments de bilan du dispositif "Médecin Référent" : données de la CPAM de Nevers et données régionales (1er semestre 1998). Notes et documents de l'URCAM Bourgogne ; 9. Dijon URCAM : 19, tabl., graph. carte.

Ce document réalisé par la CPAM de Nevers, la CMR d'Autun, et l'URCAM de Bourgogne fait une évaluation médico-économique du dispositif "option conventionnelle - médecin référent" pendant sa courte période d'existence : du 1er janvier 1998 au 3 juillet 1998. Il permet de tirer quelques enseignements significatifs, d'autant plus intéressants qu'ils pourront être repris pour appréhender de façon pertinente le dispositif "renové" du médecin référent (arrêté du 4-12-1998 portant "Approbation de la convention nationale des médecins généralistes" - JO du 5 décembre 1998). La première partie de l'étude est consacrée aux résultats régionaux du dispositif médecin référent (1er semestre 1998). La deuxième partie présente les résultats de l'étude de la CPAM de la Nièvre.

Aguzzoli, F., et al. (1999). Choisir d'avoir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998, Paris : CREDES
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1282.pdf>

Cette étude portant sur le premier dispositif de médecin référent est réalisée à partir de deux sources de données. D'une part, des données de remboursement d'Assurance maladie recueillies sur une année complète, permettent d'analyser les caractéristiques des personnes ayant choisi un médecin référent au cours du premier semestre 1998, le niveau et la structure de leur consommation médicale de ville, notamment de médicaments génériques, ainsi que leur mode de recours au généraliste avant la mise en place de cette filière de soins. D'autre part, des données d'enquête en population générale renseignent sur la portée de l'information concernant ce dispositif, sur le potentiel d'adhésion des patients et sur leur comportement dans le système de soins.

Aguzzoli, F., et al. (1999). "Choisir d'avoir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998." Questions D'economie De La Sante (Credes) (23) : 4, 5 graph., 4 enc.
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes23.pdf>

Cette étude portant sur le premier dispositif de médecin référent est réalisée à partir de deux sources de données. D'une part, des données de remboursement d'Assurance maladie recueillies sur une année complète, permettent d'analyser les caractéristiques des personnes ayant choisi un médecin référent au cours du premier semestre 1998, le niveau et la structure de leur consommation médicale de ville, notamment de médicaments génériques, ainsi que leur mode de recours au généraliste avant la mise en place de cette filière de soins. D'autre part, des données d'enquête en population générale renseignent sur la portée de l'information concernant ce dispositif, sur le potentiel d'adhésion des patients et sur leur comportement dans le système de soins.

Lecomte, M. et Brianne, N. (1999). "Evolution de la pratique médicale dans l'option référent." Documents De Recherches En Medecine Generale(53) : 28-33, tabl., graph.

Cet article est tiré de la présentation réalisée par le docteur Marie-Ange Lecomte lors des journées référent organisées les 7 et 8 novembre 1998 par MG France. Cette communication exposait une expérience personnelle d'évolution de la médecine dans l'Option Médecin Référent en souhaitant susciter remarques, commentaires et suggestions. Les chiffres analysés ne sont qu'une approche qui ne prétend aucunement à la représentativité puisqu'il s'agit de statistiques sur la clientèle d'un médecin généraliste pendant une période très courte de moins de 10 mois.

LES MODES D'EXERCICE : DE L'EXERCICE EN CABINET MEDICAL AU TRAVAIL PLURIPROFESSIONNEL

La place de l'Irdes dans cette problématique

2021

Bourgeois, I., Morize, N. et Fournier, C. (2021). "Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (262) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf>

La circulaire du 13 avril 2018 informe les Agences régionales de santé (ARS) sur la procédure concernant le suivi des projets s'inscrivant dans les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), dispositifs issus de l'article 51 de la LFSS pour 2018. En région, l'initiation de la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep s'étend du premier semestre 2018 au début de l'année 2020. Comment les acteurs régionaux, en particulier les ARS, s'emparent-ils de ces nouveaux dispositifs dont une partie est conçue à l'échelle nationale ? L'enquête sociologique qualitative, fondée sur une vingtaine d'entretiens menés entre novembre 2019 et février 2020 dans quatre régions ayant participé à la phase de co-construction des cahiers des charges des expérimentations nationales Peps et Ipep, analyse les étapes suivies par les référents régionaux des ARS et du réseau de l'Assurance maladie, ainsi que les enjeux rencontrés dans cette phase initiale. Cette étude de cas interroge plus largement le rôle des différents échelons territoriaux dans l'élaboration et la mise en œuvre du renouvellement de l'action publique en santé.

Cassou, M., Mousques, J. et Franc, C. (2021). "Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (258) : 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>

Entre 2008 et 2020, 1 300 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale. Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme

une amélioration de l'accès aux soins. Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Cassou, M., Mousques, J. et Franc, C. (2021). Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France. *Document de travail Irdes ; 84*. Paris Irdes: 35.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/084-revenu-et-activite-des-medecins-generalistes-impact-de-l-exercice-en-regroupement-pluriprofessionnel-en-france.pdf>

La France a d'abord expérimenté en 2009, puis généralisé, un paiement à la coordination au niveau de la structure pour promouvoir les regroupements pluriprofessionnels en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). L'exercice en équipe vise à améliorer à la fois l'efficacité de l'offre de soins ambulatoires et l'attractivité pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires médicalement défavorisés. Afin d'évaluer l'attractivité financière, et donc la pérennité des MSP, nous avons analysé l'évolution des revenus (revenus libéraux et salariés) des médecins généralistes (MG) exerçant en MSP par rapport à ceux des autres MG. Nous avons également étudié les impacts de l'exercice en MSP sur l'activité des MG, en termes de quantité de services médicaux fournis et de nombre de patients rencontrés. Nous avons tenu compte des biais de sélection en MSP en nous fondant, à partir de données de panel sur la période 2008-2014, sur un design quasi-expérimental associant : 1) la constitution d'un groupe de MG témoins afin d'équilibrer la répartition des médecins généralistes, à partir d'un appariement exact (coarsened exact matching, CEM) ; 2) des analyses paramétriques en type différence de différences avec effets fixes (individuels et temporels) pour tenir compte de l'hétérogénéité non observée. Nous montrons que les MG ayant choisi d'exercer dans une MSP au cours de la période ont vu leurs revenus augmenter de 2,5 % de plus que les autres MG ; le nombre de patients rencontrés par les MG (88 de plus) a davantage augmenté sans entraîner une augmentation plus importante des actes fournis. Une analyse transversale complémentaire pour l'année 2014 a montré que ces changements n'avaient pas d'impact négatif sur la qualité au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Par conséquent, nos résultats suggèrent que les préférences en termes d'activité et de revenu ne devraient pas constituer un obstacle au développement des MSP et que l'exercice en MSP pourrait améliorer l'accès des patients aux services de soins de premier recours.

Morize, N., Bourgeois, I. et Fournier, C. (2021). "Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (261) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

L'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permet la mise en place d'expérimentations de financements dérogatoires au droit commun pour les acteurs du secteur de la santé. Parmi elles, les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) visent à faire évoluer les modes de financement des soins primaires en France, jusqu'alors largement dispensés par des professionnels de santé libéraux dont la rémunération est principalement à l'acte. Cependant, pour mettre en place ces évolutions au niveau local, les équipes du ministère en charge de la santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) doivent articuler deux objectifs : composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables que le plus grand nombre pourra s'approprier et qui soient adaptés aux contraintes du système de santé. Comment les équipes nationales articulent-elles ces deux dimensions ? Cette enquête s'appuie sur une méthodologie qualitative mobilisant l'analyse de documents et d'une trentaine d'entretiens semi-directifs, menés entre octobre 2019 et juin. Elle montre comment les équipes nationales s'organisent pour expérimenter et sortir des processus habituels en détaillant, d'abord, la manière dont le dispositif de l'article 51 et des expérimentations a été conçu. Puis l'analyse des processus de sélection des expérimentateurs et d'élaboration des cahiers des charges, qui définiront précisément les modèles économiques des expérimentations, souligne comment les cadres d'interaction entre professionnels de santé et pouvoirs publics se renouvellent.

Suchier, M., Michel, L. et Fournier, C. c. (2021). "Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (263) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.pdf>

Alors que la crise sanitaire a rappelé avec acuité l'importance de la prise en charge à domicile de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, cette enquête sociologique qualitative, réalisée en 2020, propose de plonger dans le quotidien de trois groupes professionnels (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant dans les soins à domicile, rarement mis sur le devant de la scène. Il s'agit d'abord de décrire le travail ordinaire des professionnelles étudiées, avant de saisir les rapports qu'elles entretiennent entre elles, dans différents contextes d'exercice. Leur travail et leurs relations professionnelles apparaissent étroitement liés à la structuration de l'offre de soins à domicile, aux modes de financement de leur exercice et à des hiérarchies implicites entre les professionnelles, dressant de nombreux obstacles à la mise en place d'un exercice coordonné. Certaines organisations s'appliquent toutefois à favoriser l'émergence de dynamiques interprofessionnelles dont nous montrons les ressorts, même si elles restent entravées par la prééminence de dynamiques mono-professionnelles.

2020

Bariol-Mathais, B. D., Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2020). *Santé et territoires*

<http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Alternatives/Points-Fnau-Alternatives/Sante-et-territoires>

Les agences d'urbanisme travaillent de manière croissante sur la santé dans les territoires ; des partenariats se sont construits avec les acteurs de la santé, notamment les agences régionales de santé, les ministères. Cet ouvrage collectif qui rassemble des points de vue d'experts, mais aussi des témoignages d'expériences concrètes d'acteurs de l'urbanisme, offre une vision élargie des politiques de santé et d'aménagement, pensées de manière conjointe au bénéfice de villes favorables à la santé et à la qualité de la vie.

Bourgeois, I. et Fournier, C. (2020). "Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles." *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(1) : 167-193.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

Les principaux enjeux que soulève le développement des maladies chroniques se matérialisent de façon très concrète pour les professionnels de santé du premier recours, par une gestion de prises en charge de plus en plus complexes au moment où, dans certains territoires, de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans succession. Localement, depuis plus d'une dizaine d'années, des professionnels de santé libéraux s'engagent ainsi dans une transformation de leur manière de travailler ensemble au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La moitié des équipes engagées dans ces projets contractualisent avec l'Assurance maladie afin de financer leur activité collective, au moyen de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Chevillard, G. et Mousques, J. (2020). "Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (247) : 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

L'accessibilité géographique aux médecins généralistes diminue et les inégalités territoriales s'aggravent. Les territoires où l'accessibilité diminue le plus sont aussi les plus éloignés des pôles d'emplois, des équipements et des services. L'implantation des médecins généralistes s'inscrit donc dans une problématique territoriale plus générale. Elle est aussi, compte tenu de l'importance des questions de santé pour la population, un élément clé de la politique d'aménagement du territoire. Dans ce contexte, cette étude mesure l'impact des maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'évolution de la densité des médecins généralistes en distinguant les effets selon les territoires et les

catégories d'âge des médecins. Dans les territoires avec une faible accessibilité aux soins, l'ouverture de maisons de santé favorise-t-elle l'installation et le maintien de nouveaux médecins généralistes ? Permet-elle la consolidation et le maintien d'une offre de médecins ? L'étude compare l'évolution dans le temps de la densité de médecins généralistes entre des territoires avec maisons de santé et des territoires aux caractéristiques voisines mais sans maison de santé. Les résultats montrent que les territoires de vie avec une faible accessibilité aux soins et dans lesquels sont implantées des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et attirent davantage les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ou 45 ans. Ainsi, dans les espaces périurbains ayant une moindre accessibilité aux soins primaires, leurs arrivées sont supérieures aux départs et les maisons de santé participent donc à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins. Dans les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles, elles ont un effet positif en atténuant la diminution de l'offre due aux départs en retraite, mais cet effet est à lui seul insuffisant pour inverser la dynamique démographique défavorable. D'autres mesures complémentaires sont donc nécessaires dans ces territoires.

Fournier, C. (2020). "Travailler en équipe en maison de santé : un questionnement éthique renouvelé." *La Sante En Action*(453) : 35-38.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/travailler-en-equipe-en-maison-de-sante-un-questionnement-ethique-renouvele>

Une part croissante de la population fait face à des problématiques de santé chroniques, souvent rendues plus complexes par leur intrication avec les situations sociales des personnes. Insatisfaits des réponses qui peuvent être apportées à ces problèmes dans des conditions d'exercice solitaire, certains professionnels de santé libéraux de premier recours s'engagent depuis une quinzaine d'années dans des pratiques différentes, au sein de nouvelles organisations qui reçoivent un soutien des pouvoirs publics : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ils réinventent ainsi d'une certaine manière une médecine sociale pratiquée par les professionnels de santé salariés des centres de santé, restée longtemps minoritaire et combattue par la plupart des syndicats de médecins, mais qui connaît aussi aujourd'hui un renouveau. L'exercice en MSP implique des transformations de pratiques qui présentent pour les professionnels un choc culturel et des questionnements éthiques. Dans certains territoires, la situation de crise liée à la pandémie de Covid-19 a conduit les professionnels des MSP à travailler autrement ensemble et au sein de collectifs élargis. Quelles transformations de l'organisation territoriale des soins primaires peut-on attendre de ces nouvelles pratiques et de ces nouvelles organisations ? Quels enjeux politiques révèlent-elles ?

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2020). "Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities." *Health Economics On line*: 19.

<https://doi.org/10.1002/hec.4214>

The integration of primary care organizations and interprofessional cooperation is encouraged in many countries to both improve the productive and allocative efficiency of care provision and address the unequal geographical distribution of general practitioners (GPs). In France, a pilot experiment promoted the vertical integration of and teamwork between GPs and nurses. This pilot experiment relied on the staffing and training of nurses; skill mixing, including the authorization to shift tasks from GPs to nurses; and new remuneration schemes. This article evaluates the overall impact of this pilot experiment over the period 2010–2017 on GP activities based on the following indicators: number of working days, patients seen at least once, patients registered, and visits delivered. We control for endogeneity and reduce selection bias by using a case-control design combining coarsened exact matching and difference-in-differences estimates on panel data. We find a small positive impact on the number of GP working days (+1.2%) following enrollment and a more pronounced effect on the number of patients seen (+7.55%) or registered (+6.87%). However, we find no effect on the number of office and home visits. In this context, cooperation and teamwork between GPs and nurses seem to improve access to care for patients.

2019

Afrite, A., Franc, C. et Mousques, J. (2019). "Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (239) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a plusieurs objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. Démarré en 2004, il concerne aujourd'hui environ 700 infirmières et 3 000 médecins. Cette typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières participant au dispositif Asalée s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE de l'expérimentation de coopération de ces professionnels. Elle complète les premiers travaux qualitatifs parus (Fournier et al., 2018) par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir d'une enquête menée mi-2015. Trois classes de binômes se distinguent par l'intensité de l'activité des professionnels impliqués, leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports, la nature et l'intensité des échanges au sein des binômes et le contexte ou mode d'exercice des infirmières. La classe 1 (38 % des effectifs) regroupe les binômes les plus anciens dans le dispositif, considérant positivement ses apports et dont l'activité est la plus intense, soit les binômes entrés dans une phase de maturité. La classe 2 (44 % des effectifs) est caractérisée par des binômes en phase de croissance, entrés plus récemment et présentant une activité intermédiaire. La classe 3 (18 % des effectifs) est surtout constituée de binômes en construction avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, et ayant l'activité dans le dispositif la plus faible.

Fournier, C. (2019). "Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante **37**(1) : 72-91.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-72.htm>

Instrument récent de politique publique, une maison de santé pluriprofessionnelle repose avant tout sur la création d'une équipe dont les membres, appartenant à différentes professions libérales, développent des pratiques collectives. Si chaque équipe s'inscrit dans une histoire, indissociable des trajectoires de ses membres et des opportunités liées à l'environnement local, ses pratiques et leur évolution dépendent également étroitement des politiques publiques qui les soutiennent, dans un contexte d'injonction croissante à l'organisation pluriprofessionnelle des soins de premier recours. L'enquête renouvelée à quatre ans d'intervalle dans quatre maisons de santé aux caractéristiques variées permet de saisir des manières contrastées de construire des actions pluriprofessionnelles et de travailler ensemble, dans des configurations et des environnements changeants, au fil de l'évolution des politiques publiques. Elle montre tout d'abord des tensions entre les dynamiques de chaque profession et une dynamique pluriprofessionnelle émergente. Ces dynamiques se voient elles-mêmes bousculées de différentes manières par la logique gestionnaire, associée à l'action publique et à ses instruments, qui s'est renforcée entre les deux moments de l'enquête.

Fournier, C. et Mousques, J. (2019). "Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée." Actualite Et Dossier En Sante Publique(107) : 31-33.

La coopération entre médecins généralistes et infirmières est considérée comme un levier pour améliorer les conditions, l'organisation et la qualité du travail en soins de premier recours, voire la performance. En France, le dispositif action de santé libérale en équipe (Asalée) expérimente depuis 2004 la coopération entre médecins généralistes et infirmières Asalée. Il offre un cadre pour le développement de pratiques avancées infirmières, comprenant notamment des tâches de dépistage, de suivi et d'éducation thérapeutique. À travers une synthèse des enseignements tirés des travaux de recherche évaluative conduits sur le dispositif, cet article a pour objet de discuter de l'opportunité et des conditions de développement de telles pratiques dans un contexte prévoyant en 2019, suite à la reconnaissance en 2018 d'un métier et d'un diplôme d'infirmier en pratiques avancées, de nouvelles

mesures relatives à leurs rémunérations et à la modalité d'exercice en maisons et centres de santé pluriprofessionnels.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Document de travail Irdes ; 77*. Paris Irdes : 36.
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/077-impact-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-medecin-generaliste-et-infirmiere-asalee-sur-l-activite-des-medecins.pdf>

Dans de nombreux pays, les politiques et réformes ont explicitement encouragé l'intégration des organisations de soins primaires et la coopération pluri-professionnelle afin d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'offre de soins et lutter contre l'inégale répartition géographique des médecins. En France, la Direction de la Sécurité sociale et une association dénommée Asalée (« Action de santé libérale en équipe », depuis 2004) ont mis en place une expérimentation destinée à favoriser l'intégration verticale et le travail en équipe entre médecins généralistes et infirmières par la mise en place de nouveaux modes de rémunération et la formation d'infirmières sélectionnées. Cet article évalue l'extension de cette expérimentation sur la période 2010-2016 en étudiant l'influence de cette coopération, mais aussi de l'organisation et des incitations financières à l'œuvre, sur l'activité des médecins généralistes appréhendée à partir de trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés (en file active et, parmi eux, ceux inscrits médecin traitant) et d'actes (consultations au cabinet et visites à domicile). Nous contrôlons autant que possible des biais d'endogénéité et de sélection en recourant à un design cas-témoins, selon une méthode d'appariement exact, et des méthodes d'estimation en différence de différences sur données de panel. Dans ce cadre, nous montrons un effet positif du dispositif mais relativement modeste sur le nombre de jours travaillés (+1,2 %) par les médecins et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés (+7,55 %) et inscrits médecin traitant (+6,87 %). En revanche, aucun effet significatif n'est mis en évidence sur le nombre de consultations et visites.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). "La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (241) : 1-7*.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus. Il peut également se traduire par la sauvegarde de temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et à une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. L'impact du dispositif, inscrit dans le programme d'évaluation DAPHNEE, est appréhendé ici à travers l'évolution de l'activité des médecins généralistes qui y sont entrés entre 2011 et 2015. Les médecins généralistes volontaires, participant au dispositif Asalée, modifient-ils leur nombre de jours travaillés lorsqu'ils coopèrent avec une infirmière Asalée ? Reçoivent-ils davantage de patients ? Réalisent-ils davantage d'actes ? L'expérimentation a-t-elle un impact similaire pour tous les médecins ou cet impact dépend-t-il de l'intensité et du contenu de la coopération avec l'infirmière ? Autant de questions explorées dans ce troisième volet du programme d'évaluation DAPHNEE, qui est fondé sur une approche économique et quantitative menée à partir d'un design quasi-expérimental. Les principaux résultats montrent que l'entrée dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la taille de la patientèle mais pas sur le nombre des consultations au cabinet ou à domicile. Ainsi, la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières semblerait libérer du temps médical que les médecins allouent à l'accroissement de la taille de leur patientèle.

2018

Chevillard, G. (2018). "Des maisons de santé pluriprofessionnelles." *Revue Urbanisme(410) : 54-54*.
<https://www.caue66.fr/revue-urbanisme-410>

De nos jours, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) désignent un regroupement, au minimum, de deux médecins généralistes et un professionnel paramédical, ayant rédigé un projet de

santé. Ce dernier atteste de leur exercice coordonné et doit être validé par les Agences régionales de santé. Depuis une dizaine d'années, les MSP connaissent un véritable essor lié à plusieurs éléments. Elles sont vues comme une réponse possible aux « déserts médicaux » (en attirant et maintenant des médecins via de meilleures conditions d'exercice) et un levier d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins via l'exercice coordonné. Pour ces raisons, depuis 2005, l'État, les collectivités territoriales et l'Assurance maladie ont progressivement financé des aides à l'ingénierie, à la construction et au fonctionnement de ces structures. Ainsi, les MSP suivent une croissance exponentielle : on en recensait vingt, en 2008, et près de mille, dix ans plus tard.

Fournier, C., Bourgeois, I. et Naiditch, M. (2018). "Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (232) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

2017

Mousques, J. et Lenormand, M. C. (2017). "L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?" *Points De Repere (Cnamts)* (48) : 1-8.

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-04_experience-americaine-aco-enseignements-france_points-de-repere-48_assurance-maladie.pdf

L'Affordable Care Act, dit "Obamacare", adopté aux États-Unis en 2010, est principalement connu pour son objectif emblématique d'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population. Un chapitre de cette loi concerne également la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Le Centre d'innovation pour Medicare et Medicaid a, dès 2012, lancé différentes expérimentations principalement destinées à renforcer les soins primaires. Les Accountable Care Organizations (ACO) constituent l'expérimentation la plus ambitieuse puisqu'elle favorise également la coordination entre les services de ville et l'hôpital. Ce type d'organisations a connu une diffusion rapide depuis leur mise en place. Plus de 800 ACO sont aujourd'hui recensées et couvrent 28 millions de personnes, soit 15 % des assurés américains. Cette synthèse de la littérature permet d'étudier les caractéristiques des ACO, leur performance, les outils et dispositifs mobilisés, et offre un éclairage intéressant pour le système de santé français.

Mousques, J. et Lenormand, M. C. (2017). "L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (227) : 1-8.

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf

L'Affordable Care Act, dit "Obamacare", adopté aux États-Unis en 2010, est principalement connu pour son objectif emblématique d'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population. Un chapitre de cette loi concerne également la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Le Centre d'innovation pour Medicare et Medicaid a, dès 2012, lancé différentes expérimentations principalement destinées à renforcer les soins primaires. Les Accountable Care

Organisations (ACO) constituent l'expérimentation la plus ambitieuse puisqu'elle favorise également la coordination entre les services de ville et l'hôpital. Ce type d'organisations a connu une diffusion rapide depuis leur mise en place. Plus de 800 ACO sont aujourd'hui recensées et couvrent 28 millions de personnes, soit 15 % des assurés américains. Cette synthèse de la littérature permet d'étudier les caractéristiques des ACO, leur performance, les outils et dispositifs mobilisés, et offre un éclairage intéressant pour le système de santé français.

2016

Fournier, C., et al. (2016). Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité., Paris : Editions de l'Harmattan : 109-122.

L'organisation des "soins de première ligne" est au cœur de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi portés en France depuis 2013 par la ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

2015

Fournier, C. (2015). Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Paris Université Paris 11, Université de Paris 11. Orsay. FRA. **Thèse de doctorat Santé Publique – sociologie** : 337.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/>

L'exercice des soins de premier recours en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) connaît depuis quelques années un développement croissant. Ces modalités d'exercice sont présentées comme une solution aux défis que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accentuation des inégalités sociales de santé et l'irrésistible croissance des dépenses de santé. Elles s'inscrivent dans une remise en cause du système de santé français, construit historiquement sur un modèle curatif hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral et isolé. L'impératif d'un recentrage du système sur les soins de premier recours devient un objectif partagé par l'Etat et certains professionnels libéraux, associé à celui de leur réorganisation pour en accroître la dimension préventive et éducative, dans une approche de santé publique collective, populationnelle et mieux coordonnée au niveau d'un territoire. Comment les soins primaires se transforment-ils dans les MSP ? Dans les dynamiques observées, quels places et rôles jouent les pratiques préventives et éducatives ? Ces questions sont abordées avec une posture de recherche engagée, inscrite dans une réflexion méthodologique et politique, articulant des approches médicales, de santé publique et sociologique (extrait du résumé de l'auteur).

Mousques, J. et Daniel, F. (2015). "L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (210) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites

regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

Mousques, J. et Daniel, F. (2015). "L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)." *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)* (211) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

2014

Afrite, A. et Mousques, J. (2014). Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Document de travail (62). Paris IRDES : 83.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/062-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>

Ce travail s'appuie sur une enquête spécifique réalisée auprès de 147 sites participant aux ENMR sur la période 2008-2012. Cette enquête a été réalisée en deux vagues, à partir de questionnaires standardisés et administrés par Internet en 2011-2012 et en 2013. Elle décrit l'organisation de la délivrance des soins, le fonctionnement des sites et leur équipement ainsi que les processus de travail. Elle explore aussi la collaboration entre les professionnels, l'existence de pratiques innovantes ainsi que les caractéristiques et usages des systèmes d'information. Dans un premier temps, des analyses descriptives caractérisent les sites selon leurs principales dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles. Dans un second temps, afin de s'affranchir de la dimension statutaire des sites (maisons, pôles et centres de santé) et de tenir compte des dimensions considérées comme déterminantes de la performance, des méthodes factorielles d'analyses de données sont mobilisées sur un sous-échantillon de 128 sites afin d'en réaliser une typologie.

Afrite, A. et Mousques, J. (2014). "Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)." *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)* (201) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>

Quelles sont les caractéristiques de taille, de ressources humaines, d'équipement et d'informatisation des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? Leurs modalités d'organisation et de fonctionnement en matière d'offre de soins, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles ? Ce quatrième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux ENMR propose une analyse de leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, à partir d'une enquête réalisée auprès de 147 sites sur la période 2008-2012. Les sites ont été regroupés à partir d'analyses factorielles et de classifications aboutissant à cinq classes : deux pour les centres de santé, regroupant

des professionnels salariés, et trois pour les maisons ou pôles de santé, regroupant des professionnels libéraux.

Fournier, C. (2014). "Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes." *Sciences Sociales Et Sante* **32**(2) : 67-95.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 8mGR0xJ8. Diffusion soumise à autorisation]. En soins primaires, conjuguer approches clinique et de santé publique pour répondre aux besoins complexes des patients et aux exigences des autorités de santé représente un défi croissant. Le suivi d'un projet de maison de santé pluri-professionnelle dans une zone urbaine sensible permet à la fois de comprendre les difficultés rencontrées par les soignants et de saisir les modèles de soins qu'ils défendent. Il permet également d'étudier comment l'innovation organisationnelle, par les opérations de traduction qui l'accompagnent, peut contribuer à faire évoluer les pratiques à l'articulation entre soin et prévention, sanitaire et social, médical et paramédical, premier et second recours, colloque singulier et approche collective territoriale. (R.A.).

Fournier, C., et al. (2014). "Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (200) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Cette recherche de nature qualitative sur les dynamiques professionnelles, les formes de travail pluriprofessionnel et le rôle des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) porte sur un échantillon de quatre maisons et pôles de santé (MSP) choisis parmi les 114 qui y participent. Cet article, qui s'appuie sur une analyse plus approfondie (Fournier et al., 2014), est le troisième d'une série. Le premier présentait les objectifs et la méthodologie générale de l'évaluation (Afrite et al., 2013). Le deuxième s'intéressait à la répartition géographique des maisons et pôles de santé et à son impact sur la densité des médecins généralistes (Chevillard et al., 2013 a et b). Cette recherche exploratoire poursuit trois objectifs : étudier les conditions d'émergence du travail pluriprofessionnel et la diversité des formes qu'il prend dans l'échantillon enquêté ; formuler des hypothèses concernant la nature des principaux facteurs influençant le regroupement et le travail pluriprofessionnel, en particulier, le rôle joué par les Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ; enfin, alimenter le débat sur les éléments à prendre en compte dans l'optique d'une généralisation (résumé d'auteur).

Fournier, C., et al. (2014). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). *Les rapports de l'Irdes* ; 557. Paris IRDES : 76.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

A partir d'entretiens réalisés avec les professionnels de quatre maisons et pôles de santé, cette recherche qualitative explore les modalités de mise en œuvre de l'exercice pluriprofessionnel au sein de ces structures regroupées et complète l'évaluation quantitative effectuée par l'Irdes dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Trois objectifs ont sous-tendu cette recherche : observer les conditions d'émergence et les différentes formes du travail pluriprofessionnel au sein des quatre structures, distinguer les facteurs influençant son développement et, en particulier, le rôle joué par les financements collectifs attribués spécifiquement pour faciliter la mise en place d'actions pluriprofessionnelles, réfléchir aux conditions d'une généralisation réussie de cette expérimentation.

Mousques, J., et al. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. *Les rapports de l'Irdes* ; 559. Paris IRDES : 157.

www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf

L'exercice pluriprofessionnel en soins primaires se développe en France sous les formes nouvelles de maisons et pôles de santé et, celle, plus ancienne de centres de santé. Souvent à l'initiative de professionnels, ces nouvelles organisations rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics dans la mesure où elles permettraient de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires mais également le déploiement d'activités de soins plus cordonnées et plus efficaces. Parmi les incitations au renforcement de ces organisations innovantes, des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de groupes pluriprofessionnels en soins de premiers recours ont été mises en œuvre en 2010 et ont récemment été étendues jusqu'à fin 2014. Elles visent à financer des activités de coordination de nouveaux services aux patients. Ces nouveaux services se déclinent en programmes d'éducation thérapeutique collective et de coopération entre généralistes et infirmiers au sein des maisons, pôles et centres de santé, sur la base de paiements forfaitaires complémentaires de la rémunération à l'acte des individus ou des structures. Ces innovations organisationnelles posent deux questions principales au regard des attentes qu'elles suscitent : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ? Est-il plus performant en termes d'activité et de productivité des professionnels, de consommation de soins des bénéficiaires, et de qualité des soins et services rendus ? Ce rapport tente de répondre à ces questions au moyen d'une évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel tel qu'observé pour les sites participant aux ENMR. Cette évaluation n'a donc pas pour principal objectif de mesurer l'impact des financements reçus par les ENMR même si certaines analyses permettent de s'en faire une idée.

2013

Bourgueil, Y., et al. (2013). "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?" *Lettre Du Collège (La)* **23**(1) : 6-10.

<https://www.ces-asso.org/publication/laces-aux-soins>

La réduction des inégalités sociales de santé est aujourd'hui un objectif affiché en France comme dans de nombreux pays européens. La mise en place d'une telle politique nécessite de définir les leviers d'action possibles. Le projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions) propose d'étudier la possibilité de réduire les inégalités de santé au travers de politiques et d'actions mises en œuvre au sein du système de soins, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires. Dans le cadre de ce projet, une revue de littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions menées dans ce secteur, et qui ont montré leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, de consommation de soins ou de comportements liés à la santé. Après un rappel des principaux arguments justifiant la mise en place d'interventions dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé, nous présentons les principales conclusions de la revue de littérature, avant d'en tirer les leçons dans le contexte français.

Chevillard, G., et al. (2013). Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. *Document de travail Irdes* ; 57. Paris IRDES : 56.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Deux typologies ont été réalisées, qui distinguent les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale, permettant une analyse spécifique de ceux-ci. Ces typologies décrivent les espaces d'implantation des maisons et pôles de santé selon les caractéristiques de la population, de l'offre de soins et de la structure spatiale de ceux-ci. Ces typologies permettent, dans un second temps, d'analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces, selon qu'ils abritent ou non des maisons et pôles de santé. Les premiers résultats montrent que ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante

rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes

2012

Bourgueil, Y., et al. (2012). "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (179) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

2011

Afrite, A., et al. (2011). "Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (165) : 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires. Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés. Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent. De plus, cette précarité se concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

Afrite, A., et al. (2011). "Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?" *Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)* (Supplément) : 61-65.

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires. Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des

indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés. Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent. De plus, cette précarité se concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

Mousques, J. (2011). "Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(2-3) : 254-275.

Le regroupement des médecins spécialisés en médecine générale avec d'autres professionnels connaît un intérêt croissant. Cette dynamique, qui jusqu'à récemment a essentiellement été portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations, fait désormais l'objet d'accompagnements spécifiques de la part des pouvoirs publics. Il n'en reste pas moins que le regroupement en ambulatoire en France autour du généraliste, qui est documenté de façon parcellaire, est moins développé, de moins grande taille et moins pluriprofessionnel que dans d'autres pays. Après une description de la dynamique professionnelle et institutionnelle en faveur de l'exercice regroupé en ambulatoire, cet article se propose de faire, à travers une revue de littérature internationale, un état des lieux économique, théorique et empirique sur le lien entre regroupement et performance afin de tirer des enseignements tant sur les politiques qui accompagnent en France le développement du regroupement que sur les perspectives de recherche autour de l'exercice en groupe. Cette revue de la littérature actualise et étend le champ d'analyse d'une précédente revue conduite par Pope et Burge (1996) (résumé d'auteur).

2010

Baudier, F., et al. (2010). "La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (157) : 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

À partir des enquêtes Baromètre santé médecins généralistes de 1998, 2003 et 2009, l'Inpes et l'Irdes analysent ici, sur la base d'échantillons représentatifs au plan national, l'exercice en groupe des généralistes libéraux, ses caractéristiques et son évolution. L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe. Les médecins généralistes exerçant en groupe travaillent pour les trois quarts d'entre eux dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblent en majorité deux ou trois praticiens. Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique (résumé d'auteur).

Bourgueil, Y. (2010). "Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux." *Revue Française Des Affaires Sociales*(3) : 13-20.

L'auteur de cet article présente le contenu et les objectifs de ce numéro en clarifiant tout d'abord le concept de « soins primaires » et en pointant les enjeux de la mise en œuvre de ce type d'organisation dans le cadre de la réforme de la gouvernance des soins de santé dont sont chargées les agences régionales de santé (ARS).

Leleu, H., et al. (2010). Addressing Inequalities in Regions: Literature review - Final report. S.I. AIR Project - Addressing Health Inequalities Interventions in Regions : 52, ann.

https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20081215/20081215_d01_02_en_ps.pdf

Socio-economic health inequalities are widening in Europe. Persons from low-socio economic groups die younger. They also have benefited less than high socio-economic groups of the mortality decline in the 80s and 90s. Several European projects, including Eurothine and Determine, have attempted to collect evidence on actions to reduce health inequalities. Similarly, the AIR project, Addressing Inequalities in Region, is aimed at providing evidence for policy makers on how to reduce socio-economic health inequalities. However, the AIR project focuses only on interventions in the primary care setting. The first part of the project is a systematic literature review of international and national academic literature on evaluated interventions in primary care to reduce socio-economic health inequalities. Articles selected in the review had to describe a primary care intervention defined as either an action on a primary care service (i.e. access to care and prevention for common disease, maternal care?) or on a health care organization associated with primary care (i.e. first contact, comprehensive, coordinated care?). It also had to report health outcome or process measures comparing socio-economic groups or for a particular socio-economic groups, defined by either ethnicity, income or education. The following databases were searched between January 2000 and January 2010: Medline, Cochrane, Health Policy Monitor, Nber.

Mousques, J., et al. (2010). Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Document de travail Irdes ; 29. Paris Irdes : 17.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié au moins d'une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

Mousques, J., et al. (2010). "Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care." Health Policy **98**(2-3) : 131-143.

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié d'au moins d'une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des

dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

2009

Bourgueil, Y., et al. (2009). "Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (147) : 8.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels notamment entre généralistes et infirmières, une gamme étendue de l'offre de soins. La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

2008

Mousques, J. (2011). "Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?" Revue Francaise Des Affaires Sociales(2-3) : 254-275.

Le regroupement des médecins spécialisés en médecine générale avec d'autres professionnels connaît un intérêt croissant. Cette dynamique, qui jusqu'à récemment a essentiellement été portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations, fait désormais l'objet d'accompagnements spécifiques de la part des pouvoirs publics. Il n'en reste pas moins que le regroupement en ambulatoire en France autour du généraliste, qui est documenté de façon parcellaire, est moins développé, de moins grande taille et moins pluriprofessionnel que dans d'autres pays. Après une description de la dynamique professionnelle et institutionnelle en faveur de l'exercice regroupé en ambulatoire, cet article se propose de faire, à travers une revue de littérature internationale, un état des lieux économique, théorique et empirique sur le lien entre regroupement et performance afin de tirer des enseignements tant sur les politiques qui accompagnent en France le développement du regroupement que sur les perspectives de recherche autour de l'exercice en groupe. Cette revue de la littérature actualise et étend le champ d'analyse d'une précédente revue conduite par Pope et Burge (1996) (résumé d'auteur).

2007

Beaute, J., et al. (2007). Baromètre des pratiques en médecine libérale : Résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons". Document de travail Irdes ; 5. Paris Irdes : 28, 13 tabl.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>

Face aux nouveaux enjeux épidémiologiques (maladies chroniques), à l'exigence croissante en termes de qualité et d'efficacité des soins ou encore les tensions de la démographie médicale, de nombreux auteurs plébiscitent un renforcement de la médecine de première ligne et des soins primaires. Le regroupement de médecins en cabinet de groupe s'inscrit dans cette logique. Il permettrait en effet,

par la mutualisation des moyens, d'améliorer la production de soins et services. Toutefois, on ne dispose que de peu de données concernant la pratique de groupe en France. Davantage d'informations sont nécessaires pour envisager l'éventuelle mise en place de politiques incitatives. L'objectif de cette étude est donc de décrire la pratique de groupe, de la comparer avec la pratique individuelle et d'identifier les éventuels leviers utilisables par les décideurs publics à travers l'identification des motivations des médecins évoluant en groupe ou non.

Bourgueil, Y., et al. (2007). "Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (127) : 1-8.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelés soins primaires à l'étranger, est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Parmi les facteurs explicatifs forts du regroupement, on relève d'une part une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système, et d'autre part l'évolution de la demande et de l'offre de soins : augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, nécessité d'une meilleure coordination des soins, recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants ? On perçoit également des règles et des pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, développement de la coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains de ces signes sont tangibles en France, précurseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

Bourgueil, Y., et al. (2007). Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. *Rapport Irdes* ; 1675. Paris Irdes : 175, tabl., ann.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>

En France, si la médecine de groupe tend à augmenter, elle reste moins développée que dans d'autres pays, notamment dans les disciplines cliniques de premiers recours comme la médecine générale, qualifiées à l'étranger de « soins primaires ». Dans l'objectif d'éclairer la situation française, la situation du regroupement des médecins généralistes a été analysée dans six pays européens et deux provinces canadiennes. Dans les pays où la médecine de groupe est majoritaire (Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Québec et Ontario), les processus de regroupement et les modes d'exercice des médecins sont variés. En Suède et en Finlande, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Les pays où la médecine de groupe est minoritaire (Allemagne, Belgique et Italie) se dirigent pour la plupart, comme c'est le cas pour la France, vers un exercice plus collectif de la médecine générale. Les politiques incitant au regroupement des médecins généralistes s'accompagnent le plus souvent de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins, etc. L'importance de la place accordée aux soins primaires dans chaque pays, de même que l'évolution de la demande et de l'offre de soins à partir des années quatre-vingt-dix, semblent constituer des déterminants importants du regroupement.

Autres études

2022

Amrous, N. (2022). "Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019." *Etudes et Resultats (Drees)*(1227): 6 , graph., tab. Carte.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1227_0.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une nouvelle étude portant sur les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI). Ces derniers assurent des missions de santé publique et de prévention médico-sociale auprès des mères (et futures mères) et de leurs enfants. Ils interviennent également dans le domaine de la planification et de l'éducation familiale. L'étude décrit l'activité de ces services et les effectifs de leurs principaux personnels, sous l'angle des évolutions et des disparités départementales. Pour ce faire, elle s'appuie sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale. En complément de l'étude, des données détaillées sont également publiées en Open data.

Geraut, C. et Chamoux, A. (2022). Médecine et Santé au Travail. Loi du 2 août 2021. Attractivité vers cette discipline. Paris Académie nationale de médecine: 13.

<https://www.academie-medecine.fr/medecine-et-sante-au-travail-loi-du-2-aout-2021-attractivite-vers-cette-discipline/>

La médecine et santé au travail est une victoire humaniste de notre époque. Elle est en danger : il existe une pénurie importante de médecins pour les deux métiers de médecin généraliste et de médecin du travail que l'on ne compensera pas en remplaçant les uns par les autres. Pour renforcer l'attractivité envers la médecine et santé au travail, il convient de fixer quelques principes de base : la médecine du travail est une spécialité nécessitant une formation approfondie en toxicologie, pathologie professionnelle par organes et par métiers, physiologie du travail et ergonomie, et enfin législation d'hygiène et sécurité. De nombreuses fonctions du médecin du travail ne peuvent absolument pas être remplies par d'autres acteurs sans qu'ils aient obligatoirement un enseignement approprié : le médecin généraliste peut rencontrer des situations qui font appel à la médecine du travail, notamment le dépistage de maladies professionnelles à son cabinet de ville, qui devraient conduire à des actions de prévention primaire et de réparation si la maladie s'est installée mais aussi à la connaissance de facteurs d'environnement non professionnels qui devraient faire partie de sa formation obligatoire. Il faut faciliter la relation professionnelle étroite entre médecin du travail et généraliste dans l'intérêt du patient et pour un bon exercice de la médecine du travail. Le dossier médical partagé ne peut être totalement disponible pour les différentes sortes de médecins, sans certaines garanties ; le rôle des infirmiers du travail peut être étendu sous la responsabilité du médecin du travail, notamment en matière de vaccinations et d'entretiens infirmiers mais seulement dans le cadre de délégations précises avec un protocole qui pourrait être national pour éviter trop de diversités locales ou régionales. La nouvelle loi du 2 août 2021 augmente les tâches et les responsabilités du médecin du travail et augmente ainsi l'attractivité vers cette profession à condition que l'enseignement de la médecine et santé au travail soit présent et conséquent dans toutes les facultés de médecine, pour éviter le phénomène d'absence d'information sur une discipline passionnante mais trop souvent méconnue ou non enseignée.

Genevois, E. (2022). La coordination en équipes de soins primaires. Guide pratique, Paris : AVEC Santé

<https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2022/02/guide-coordination-22-web.pdf>

Ce guide, dédié à la coordination, est à destination de tous les professionnels de santé soucieux de mieux cerner le métier de coordinateur.e exerçant dans les équipes pluriprofessionnelles coordonnées. Il est complété par des modèles types téléchargeables (fiches de poste, contrat de prestation, trame pour l'entretien annuel...).

2021

(2021). "Maison de santé de Vanault-les-Dames : 9 ans après, un projet de santé en mouvement." *Revue Prescrire* **41**(457) : 863-865.

Un article de *Prescrire* paru en 2012 décrivait un projet de santé avec la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle, dans une zone rurale où certains soignants commençaient à manquer. Neuf ans après, malgré la difficulté de recrutement de nouveaux médecins et la charge d'assurer le fonctionnement administratif de la structure, l'équipe s'est agrandie et propose notamment aux patients de nouvelles offres de soins et des actions de prévention.

Bertrand, D. (2021). "Deux nouvelles procédures d'accès à l'exercice médical pour les médecins à diplôme hors union européenne en 2021. Aspect juridique et démographique." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **205**(8) : 993-998.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.001>

Résumé La loi du 24 juillet 2019 prévoit deux nouvelles procédures d'accès au plein exercice pour des médecins à diplôme hors Union Européenne. La voie de la régularisation concerne les médecins associés ayant un exercice en France ; le dépôt d'un dossier à l'agence régionale de santé leur permet de se présenter devant une commission régionale qui rend une décision d'acceptation, de refus ou de complément à acquérir. Ce dépôt de dossier entraîne une autre conséquence, l'autorisation de poursuivre son activité en France en attendant de passer devant la commission. La procédure de la commission territoriale est destinées aux Antilles-Guyane et peut autoriser un médecin étranger titulaire d'un diplôme de médecine de tous les pays à exercer dans la région après avoir été retenu par une commission à prédominance médicale. Avant cette loi, le préfet (autorité administrative) délivrait ses autorisations. Ces deux voies complètent les trois déjà existantes.

Cristofalo, P. et Dariel, O. (2021). "Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile." Sante Publique **33**(4): 527-536.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-527.htm>

Introduction : Les études sur le travail en équipe portent le plus souvent sur des configurations pluriprofessionnelles, tandis que le travail en équipe monoprofessionnelle ne suscite pas le même intérêt. Nous avons étudié le travail en équipe des infirmières délivrant des soins à domicile au sein de l'association Soignons Humain (SoHu), inspirée de l'entreprise néerlandaise Buurtzorg. Dans le contexte français, SoHu s'est davantage axé sur le motif du travail en équipe comme mécanisme pour améliorer la qualité du soin. But de l'étude : L'article étudie comment le travail en équipe se décline concrètement dans les pratiques et les représentations du travail : dans quelle mesure permet-il d'approfondir la collaboration entre les acteurs intervenant dans le paysage des soins à domicile ? Sous quels aspects ce modèle organisationnel se distingue-t-il des autres formes de travail infirmier à domicile en France ? En quoi l'expérience engagée par SoHu permet-elle de reposer la question de l'autonomie du travail infirmier ? Résultats : Le modèle d'organisation de SoHu se distingue à la fois des cabinets de soins infirmiers libéraux et des centres de soins infirmiers classiques. Le statut salarial permet de mettre en valeur la volonté de délivrer des soins holistiques et le rôle propre infirmier, revendiqué par SoHu comme le cœur du métier d'infirmier à domicile. L'originalité de SoHu consiste dans son instrumentation plus développée du travail en équipe et son organisation du travail attentive à la construction d'une compétence collective. La création d'une fonction interne de coach apparaît comme un des investissements-clés de l'organisation pour soutenir durablement le travail en équipe et, paradoxalement, l'autonomie collective. Après une phase d'apprentissage, et grâce à un travail d'accompagnement (ateliers et réunions d'animation), l'association tente de créer et soutenir des dispositions favorables au travail en équipe. Conclusions : Nos travaux invitent à être attentif aux conditions nécessaires pour rendre effectives de réelles pratiques collaboratives, inter et intraorganisationnelles. Ce cas montre ce que l'organisation peut faire pour construire une dynamique d'action favorable à la collaboration au sein de l'équipe : elle se construit par la réflexivité sur le travail de soin autour du patient, de son entourage, par l'investissement du travail en équipe, la fréquence et la nature des échanges entre professionnelles, les arrangements ponctuels et la formalisation de ces collaborations et, enfin, par l'objectivation et la reconnaissance de ces pratiques invisibles de coordination.

Rioux-Dubois, A. et Perron, A. (2021). "Intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires : repenser la négociation de dynamiques complexes." Recherche en soins infirmiers **145**(2) : 38-52.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2021-2-page-38.htm>

L'intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires est hautement complexe mais peu étudiée au regard de changements socioprofessionnels plus larges dans le système de santé. Objectif : le but de cette étude était d'examiner l'intégration et la négociation du rôle des infirmières praticiennes en contexte interprofessionnel dans divers modèles de soins de santé

primaires. Méthode : une ethnographie multisite critique, combinant la théorie de l'acteur-réseau et les concepts foucauldien de discours et pouvoir, a été menée au sein de trois différents modèles de soins dans lesquels des entretiens semi-dirigés (n=23 infirmières praticiennes), de l'observation directe et de l'analyse documentaire ont été réalisées. Résultats : les finalités organisationnelles, les normes de pratique, le droit des infirmières praticiennes à l'autodétermination, les dynamiques de collaboration avec les médecins, ainsi que la prise en charge des patients ont été identifiés comme des facteurs d'intégration produisant davantage d'instabilités, de négociations et de contrecoups professionnels, identitaires et moraux chez ces professionnelles. Discussion : ces résultats remettent en question la perception répandue d'un manque de clarté du rôle des infirmières praticiennes et permettent une compréhension renouvelée de leur intégration en soins de santé primaires.

Vergès, Y., Vernhes, S., Vanneste, P., et al. (2021). "Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral." *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.014>

Résumé Psychologues et médecins généralistes (MG) sont les acteurs les plus consultés par les patients présentant des difficultés psychologiques. Ils ont chacun leur identité professionnelle, leur propre cadre de travail, leurs références et leur langage. En France, les interactions entre eux semblent rares en libéral. L'intérêt de développer la collaboration entre médecins généralistes et psychologues est étayé par les données de pratiques collaboratives en santé mentale développées à l'international, ayant montré une amélioration significative de la prise en soins et des bénéfices sur la santé des patients, ainsi que des bénéfices pour les MG et les psychologues et pour la communauté. La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2018 un état des lieux et des recommandations pour améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes atteints de troubles mentaux, invitant à travailler sur de meilleures convictions, implications et cultures partagées, ainsi que sur la reconnaissance des rôles et compétences de chacun. Les professionnels interrogés dans cet entretien, trois psychologues et trois médecins généralistes, ébauchent un état des lieux de la collaboration entre psychologues et MG en France et en Belgique, rapportent leurs expériences de réalité de terrain et d'initiatives mises en place, questionnent les orientations souhaitables – notamment autour de cadres institutionnels mis en place et d'une formation professionnelle partagée – et la définition même de la notion de collaboration.

2020

(2020). "Maison de santé Decazeville-Aubin : une dynamique de prévention et de promotion de la santé." *Revue Prescrire* **40**(444) : 779-782.

Cet article fait un retour d'expérience de la maison de santé Decazeville-Aubin implantée dans deux communes aveyronnaises proches. L'équipe de la maison de santé a développé des coopérations avec les professionnels voisins et du secteur médico-social, organisé des délégations de tâches et favorisé l'accueil de jeunes collègues. Elle a aussi engagé de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé.

Bouzige, B. (2020). "La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 295-297.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-295.htm>

L'évolution de l'exercice officinal vers la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou non, est capitale. La prise de conscience de cette nécessité est accélérée aujourd'hui par la « paupérisation » médicale qui touche de plus en plus de bassins de vie et qui incite ou pousse les clients/patients à venir plus nombreux chercher l'orientation ou le conseil médical de premier recours à la pharmacie, lieu de proximité ouvert sept jours sur sept. Nous rappelons que pour 100 personnes qui rentrent dans une officine, 70 à 80 viennent ou vont chez le médecin et une dizaine voit une infirmière. C'est dans ce contexte nouveau que le travail de relation et de coordination avec les autres professionnels de santé s'installe, lentement mais sûrement, comme l'un des éléments du service rendu à la population. Le rôle des

pharmacies dans la coordination des soins repose en premier lieu sur la capacité des pharmaciens et de leurs collaborateurs à partager des dossiers et des informations utiles pour gérer la trajectoire des patients. Ce partage est rendu difficile par l'inexistence de logiciels interopérables, ce qui les oblige à ce jour à une double saisie des données patients, très chronophage et source d'erreurs (M. Naiditch, p. 237). Un travail essentiel doit être entrepris très rapidement pour y remédier. Une grande partie de la valeur ajoutée des pharmaciens tourne autour de leurs savoirs et savoir-faire spécifiques concernant le médicament et les traitements mais aussi de leur rôle de confident.

Cachard, J. (2020). "Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?" Revue Française Des Affaires Sociales(1) : 143-165.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-143.htm>

Les pouvoirs publics, s'appuyant sur des recommandations de santé publique, affichent l'importance de développer des démarches participatives dans le domaine de la santé. En soins primaires, de telles démarches existent dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en quartiers populaires. À partir d'une enquête sociologique au sein de neuf d'entre elles, nous analysons les objets autour desquels ces pratiques se développent, les types d'acteurs impliqués et leurs modes d'engagement, puis nous décrivons les dynamiques et les effets qu'elles produisent. Ces pratiques participatives, qui engagent à la fois des professionnels de santé, des usagers et des décideurs politiques, nécessitent néanmoins des conditions difficiles à réunir, surtout si l'on se place dans une perspective d'extension à d'autres maisons de santé, au-delà des quartiers populaires.

Clisson, R., Angoulvant, C., Ramond-Roquin, A., et al. (2020). "Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019." Sante Publique **32**(5) : 507-518.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-507.htm>

Objectifs : L'installation des jeunes médecins généralistes est déterminée par plusieurs facteurs dont le projet professionnel. En 2012, une étude observationnelle quantitative interrogeait les projets professionnels des internes angevins en médecine générale. En 2019, l'objectif de cette étude était d'essayer de mettre en évidence une continuité entre projet professionnel et exercice ultérieur. Méthode : Étude quantitative par questionnaire internet réalisée de mai à juillet 2019, s'intéressant aux données socio-démographiques, à l'exercice actuel et aux facteurs d'évolution du projet professionnel. Les critères d'inclusion étaient d'avoir répondu à l'étude de 2012 et d'avoir accepté d'être recontacté (n = 167). Construction d'un indicateur de suivi du projet professionnel (ISPP) envisagé en 2012 et réel en 2019, basé sur une comparaison du mode d'exercice, de la structure d'exercice et du type de patientèle envisagé. Résultats : Le taux de réponse était de 76,6 %. 48,4 % étaient libéraux, 31,3 % étaient salariés, 11,7 % avaient un exercice mixte. Selon l'ISPP, le projet professionnel envisagé a été suivi totalement par 67,7 % des internes et partiellement par 17,3 %. Le SASPAS influait sur l'évolution du projet professionnel (p = 0,026). La multiplication des stages en ambulatoire favorisait un exercice en libéral, en 2019 (p < 0,001). Les principaux facteurs déclarés d'évolution des projets professionnels étaient la formation (77,3 %) et la situation familiale (53,1 %). Conclusion : Ce suivi de cohorte a montré que plus de deux tiers des internes ont suivi leur projet initial. L'identification et le soutien de ces projets individuels durant la formation pourrait être une piste pour favoriser leur réalisation.

Kendir, C., Breton, E., Le Bobo, Y., et al. (2020). "Collaboration of Primary Care and Public Health at the Local Level: Observational Descriptive Study of French Local Health Contracts." Primary Health Care Research & Development **21**(e61) : 1-11.

<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/collaboration-of-primary-care-and-public-health-at-the-local-level-observational-descriptive-study-of-french-local-health-contracts/276148B249C8C537EFE071D266EFCEA3>

Aim: In this paper, we report on a study investigating the involvement of primary care providers in French local health contracts.

Kendir, C., Breton, E., Le Bodo, Y., et al. (2020). "Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts." *Prim Health Care Res Dev* **21**: e61.
<https://doi.org/10.1017/s1463423620000559>

AIM: In this paper, we report on a study investigating the involvement of primary care providers in French local health contracts. BACKGROUND: Worldwide actions are carried out to improve collaboration between primary care and public health to strengthen primary healthcare and consequently community health. In France, the local health contract is an instrument mobilising local stakeholders from different sectors to join in their actions to improve the health of the population. METHODS: We developed an instrument to analyse the frequency and nature of involvement of primary care providers in 428 action plans extracted from a sample of 17 contracts (one per French region). The number of primary care actions were counted, and thematic analyses were conducted to identify the nature and level of involvement of the professionals. FINDINGS: Primary care providers were involved in 20.1% (n = 86) of the action plans and were mostly described as a target of the action rather than leaders or partners. Within those action plans, 76.7% (n = 66) of these action plans aimed to improve access to care for local communities; an issue that appears as the main driver of collaboration between public health and primary care actors.

Ramond-Roquin, A., Allory, E. et Fiquet, L. (2020). "La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 125-141.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125.htm>

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise le développement des pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Le soutien financier des MSP depuis 2017 via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) implique que les équipes rendent compte de leurs activités, en particulier de concertation pluriprofessionnelle (CPP) dont la nature et les formes développées en soins primaires restent encore largement méconnues. Un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement pour analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. Cet article se propose de présenter la démarche du projet puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet auprès de six MSP, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que leurs stratégies de valorisation, puis d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. L'hétérogénéité des pratiques révèle la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local et le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé vers un changement de pratiques. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination au sein des équipes de MSP.

Ray, M., Bourgueil, Y. et Sicotte, C. (2020). "Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 57-77.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-57.htm>

En France, le champ organisationnel des soins primaires connaît des transformations significatives depuis une vingtaine d'années, avec l'émergence de nouvelles formes de régulation et de nouveaux modèles organisationnels. Parmi ces derniers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000. À travers l'étude rétrospective de documents d'archive sur les politiques de développement des maisons de santé en France, nous proposons une analyse logique de ces politiques publiques et de ce modèle organisationnel. Nous caractérisons ensuite, en nous appuyant sur les théories néo-institutionnelles, les logiques qui sous-tendent la diffusion de ces nouvelles organisations formelles et discutons l'utilité de ce cadre d'analyse pour appréhender les transformations associées aux réformes de l'organisation des soins primaires.

Vezinat, N. (2020). "La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 79-101.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-79.htm>

Cet article étudie la fédération française des maisons et pôles de santé en tant que groupe d'intérêt qui se situe à une échelle intermédiaire entre l'État et les maisons de santé pluriprofessionnelles. En se positionnant comme un interlocuteur des pouvoirs publics, la fédération a permis leur légitimation mutuelle. Si les maisons pluriprofessionnelles de santé étaient il y a une dizaine d'années un mode d'exercice encore atypique dans l'offre de soins primaires, leur fédération a su, par le développement d'une dialectique partenariale, résoudre la tension entre logiques ascendante et descendante en instaurant une instrumentalisation réciproque avec les autorités sanitaires.

2020

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>

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

CNOM (2020). Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2019. Paris CNOM : 100, tab., graph., fig.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie sa 17e enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires. Interrogés sur le fonctionnement de la PDS, 70 % des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) considèrent qu'elle fonctionne globalement bien mais que certaines zones de leur département sont en difficulté ; 22 % qu'elle fonctionne bien ; et 9 % qu'elle ne fonctionne pas bien. Les dysfonctionnements constatés sont principalement liés, aux yeux des CDOM ayant fait part de difficultés, au manque de médecins, qu'il soit dû à l'évolution de la démographie médicale en général (pour 86 % des CDOM) ou plus particulièrement au désengagement des médecins libéraux (pour 66 % des CDOM). Les problématiques organisationnelles, qu'il s'agisse des resectorisations, de la géographie des territoires ou encore du manque de moyens, jouent également un rôle dans ces difficultés, à un niveau bien moindre (26 %). Pour renforcer l'implication des médecins, les CDOM en appellent notamment à des mesures financières (augmentation des forfaits d'astreinte et défiscalisation) pour 60 % d'entre eux, au renforcement de la participation des médecins étudiants ou salariés pour 50 %, ou encore au renforcement de la sécurité (34 %). Pour ce qui est de l'organisation de la PDS, les mesures les plus soutenues sont la mise à disposition de transports dédiés pour les patients non-mobilisables (63 %), la mise en place d'actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux (49%), le développement de points fixes de consultation (41 %), ou encore la restructuration des secteurs de garde (30 %).

Legendre, B. (2020). "En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population." *Etudes Et Resultats*(1144) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>

En raison d'un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. Les inégalités s'accroissent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus. Cette moindre accessibilité s'explique principalement par la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des *numerus clausus* appliqués au cours de ces dernières décennies. Les stratégies visant la libération de temps médical utile (nouvelles organisations territoriales, protocoles de coopérations interprofessionnelles, recours au numérique, etc.) peuvent constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle. Mesurée à l'échelle du territoire de vie-santé, la part de la population française vivant en zone sous-dotée en médecins généralistes (ou « sous-dense ») est faible, mais elle passe, en quatre ans, de 3,8 % à 5,7 %. La baisse de l'accessibilité est plus marquée dans le centre de la France. De nouveaux territoires sont concernés par la sous-densité, notamment du centre de la France vers le nord-ouest. Les territoires les mieux dotés en médecins généralistes sont aussi les plus attractifs, tant du point de vue de la croissance démographique que des équipements (sportifs, culturels, commerciaux et scolaires). L'accessibilité aux médecins généralistes s'inscrit ainsi dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire.

2019

Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., et al. (2019). "Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe." *Etudes Et Resultats*(1114) : 2.

<https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>

Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux, selon le quatrième Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Plus de neuf médecins généralistes en groupe sur dix s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents. L'exercice en groupe est surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans) et, dans une moindre mesure, par les femmes. La fréquence de cet exercice varie aussi d'une région à l'autre.

Morize, N. (2019). « La participation, c'est le graal ! ». Une participation mise au travail : le cas des maisons de santé pluriprofessionnelles. Lyon Université Lyon 2, Université de Lyon 2. Lyon. FRA. **Master II Sociologie et Développement des organisations** : 158, ann.

Notion socialement valorisée et promue par les politiques publiques depuis les années 2000, la participation des usagers s'inscrit petit à petit dans le système de santé. Dans les soins de premiers recours, l'exercice regroupé au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles permet un travail collectif et coordonné, qui semble alors une opportunité pour donner une place aux usagers. Quelques maisons de santé développent des dispositifs permettant la participation des usagers à l'organisation et/ou à la mise en œuvre du travail de soin ou de prévention, voire parfois à la gouvernance des structures. Cette participation permet-elle une redistribution des pouvoirs médicaux entre professionnels de santé et bénévoles ? Comment les conditions de cette participation sont-elles négociées entre ces différents acteurs, tant au niveau national dans les interactions avec les politiques publiques, qu'au niveau local dans la division du travail participatif ? L'enquête qualitative, menée de février à mai 2019 par observations et entretiens dans deux régions françaises, détaille les enjeux politiques autour desquels interagissent des collectifs de professionnels et de représentants d'usagers. Elle permet de comprendre les motivations et les représentations des différents acteurs, entrepreneurs de cause et travailleurs de la participation. Enfin, l'enquête se penche sur les différentes formes d'organisation du travail qui s'articulent autour de ces participations plurielles.

Nguyen, A., Joachim, F., Lancrerot, S. L., et al. (2019). "L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **15**(1) : 38.

Les regroupements en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ont toujours été présentés par leurs promoteurs et les agences régionales de santé comme un moyen d'éviter l'épuisement professionnel des soignants. Cette affirmation manquait de preuves. Ce travail interrogeant 234 professionnels vient nuancer le dogme. La grande majorité des soignants ont déclaré se sentir bien en MSP mais plus de la moitié ont exprimé ressentir du stress au travail et quelques-uns une dégradation sur leur qualité de vie, leur santé ou leur moral. Les résultats permettent d'identifier des facteurs contribuant à l'épanouissement et d'autres qui soient plus délétères. Le travail coordonné et regroupé ne s'improvise pas et n'est pas systématiquement synonyme d'amélioration de la qualité de vie professionnelle ou personnelle. Tout dépend du projet mené avec cadrage de l'activité, répartition des tâches et du temps de travail.

ORS (2019). "Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire". 6. https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2019_PDF/2019_panel3_mg_emploi_temps_21.pdf

Cette enquête menée fin 2018-début 2019 apporte des éléments actualisés sur l'exercice en groupe, et plus spécifiquement en maisons de santé pluri-professionnelles. Sont également évoqués les nouveaux modes d'exercice coordonné qui se mettent en place dans la région : Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP). L'emploi du temps des médecins généralistes est abordé de manière descriptive (durée hebdomadaire de travail, durée des consultations et visites...), et à travers le ressenti des médecins quant à l'adaptation de leurs horaires de travail à leur vie extra-professionnelle.

Pedrot, F., Fernandez, G. et Le Borgne-Uguen, F. (2019). "Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches soutiens." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante **37** : 110-126.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) connaissent actuellement un développement important dans le système de soins français en prolongement d'un processus de réforme de l'offre de soins de premiers recours. Celui-ci a tenté d'une part d'améliorer la coordination des soins entre différents professionnels (médecins spécialistes, généralistes, paramédicaux) et d'autre part d'accroître l'implication des patients souffrant de pathologies chroniques dans la gestion de leur trajectoire de soin. C'est à la rencontre de ces deux enjeux que se situent les MSP. De fortes attentes reposent sur ces nouvelles structures qui doivent construire un espace commun de production des soins où la pluridisciplinarité pourra se concrétiser et où les patients seront aussi amenés à prendre une place accrue, en particulier lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie chronique. Les premiers résultats d'une enquête qualitative par entretiens auprès de médecins, de paramédicaux mais aussi des patients consultants dans ces lieux et de leurs proches engagés dans le soin montrent que l'attitude des patients joue un rôle fondamental dans le déploiement possible des pratiques de soins coordonnés. Les patients peuvent agir en conformité avec les logiques de coordination propres aux MSP ou introduire un mode alternatif de régulation des liens entre les différents professionnels qui les suivent. Les parcours de soin antérieurs, les ressources dont disposent les patients (niveau de qualification, personnes ressources dans l'entourage) et les modes de raisonnement qu'ils déploient pour leurs soins prédisposent certains parmi eux à valoriser l'orientation des MSP vers la collégialité ou conduisent d'autres à les recomposer, au profit d'agencements spécialisés et hiérarchisés des soins.

Schweyer, F. X. (2019). "Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante **37**(1) : 33-53.

Doubler le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sur le territoire national est un objectif inscrit à l'agenda mais pour lequel les professionnels de santé libéraux sont peu mobilisés. Cet

article analyse comment une coalition d'acteurs a créé en 2014 une formation de coordinateurs de maisons de santé pluriprofessionnelles conçue comme un dispositif d'appui aux équipes de soins primaires. La principale hypothèse discutée est que par sa mise en œuvre, cette formation est devenue un dispositif d'action publique régional. L'analyse montre que la formation des coordinateurs implique aussi les leaders et les équipes de soins primaires et que l'activité organisatrice des coordinateurs transforme les pratiques professionnelles mais rencontre aussi de fortes résistances.

Schweyer, F. X. et Vezinat, N. (2019). "Introduction : Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* **31**(1) : 3-10.

Si dans beaucoup de pays, l'offre de soins de première ligne se fait dans des structures où la pluri-professionnalité et l'intégration d'acteurs non médicaux ne font plus débat, l'exercice collectif et coordonné reste en France minoritaire. Depuis dix ans toutefois, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) apparaissent comme des éléments structurants des politiques sanitaires et appellent à une analyse multi-niveaux, pour saisir les différents enjeux qui s'y développent. Ce dossier propose d'investiguer les maisons de santé à partir de deux axes : celui de la dynamique des groupes professionnels et celui de l'analyse de l'action des politiques publiques de santé.

Vezinat, N. (2019). "La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* **37**(1) : 11-31.

L'organisation de l'offre de soins primaire ambulatoire, en tant qu'accès aux soins et alternative à l'hospitalisation, constitue un enjeu important pour le système de protection sociale. Dans ce contexte, la fédération française des maisons et pôles de santé (la FFMPs) fait reconnaître leur utilité sociale en mobilisant la notion d'intérêt général. Ce discours permet à la fédération des maisons de santé d'obtenir, de la part de la société civile, un « mandat » pour accroître la légitimité de son mode d'organisation des soins. La fédération nationale des maisons de santé dispose donc d'un double statut car elle agit à la fois en tant qu'organe représentatif et de dialogue avec les différentes instances. En se présentant comme un groupe d'intérêt représentatif des maisons de santé et des fédérations régionales des maisons de santé, la FFMPs travaille à construire sa légitimité. Elle s'adresse donc d'abord aux partisans du modèle des maisons de santé et les journées nationales organisées chaque année mettent en scène sa légitimité. Étudier ainsi la fédération consiste enfin à l'appréhender comme un acteur collectif capable d'élaborer un récit sur lui-même et sur la place qu'elle a vocation à occuper dans son environnement institutionnel.

2018

(2018). "Quels projets de santé pour les maisons de santé ?" *Revue Prescrire* **38**(417) : 539-542.

En France, en 2017, environ 800 maisons de santé et pôles de santé étaient en fonctionnement et 700 en projet. En 2012, un panorama d'une soixantaine de projets avait permis de montrer la diversité de ce type de regroupement de professionnels de santé. En 2017, une étude de 111 projets de santé donne un aperçu des actions de soins et de santé publique envisagées : meilleures coordinations des soins et accessibilité aux soins ; diversité des thématiques, avec des axes communs et des adaptations au contexte local.

CNOM (2018). Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017. Paris CNOM : 98, tab., graph., fig.

Pour la 15^{ème} année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les modalités de son organisation. Les constats que l'on peut faire cette année sont proches de ceux déjà effectués les années précédentes. C'est à la fois assez logique mais aussi assez préoccupant. En 2017 comme pour les années précédentes, l'enquête révèle une légère baisse du volontariat bien que les médecins continuent, autant que possible, à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble

du territoire national. Les situations sont très différentes au sein des régions et départements et souvent même entre les différents secteurs d'un même département. Pour certains départements, la situation est d'ores et déjà critique, il s'agit principalement des départements qui rencontrent des problèmes pour assurer la continuité des soins pendant la journée. D'autres départements connaissent des situations moins préoccupantes mais pourraient subir des dégradations importantes de leur dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les années à venir. Il s'agit de certains départements pour lesquels la démographie médicale est déclinante et pour lesquelles le maintien d'un système efficient de permanence des soins ambulatoires repose sur la bonne volonté et le dévouement d'un petit nombre de médecins.

Lopez, R. (2018). "Place des centres de santé dans la médecine de ville." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les) (30) : 22-31.

Les centres de santé sont considérés par plus d'un comme une forme pertinente pour l'exercice d'une médecine susceptible de répondre au triple défi de satisfaire les besoins de la population, des professionnels et des politiques territoriales de santé. Pour comprendre la crise dans laquelle se trouve le système de santé ambulatoire français, cette analyse remonte bien plus loin que l'instauration du numerus clausus et resitue les centres de santé dans leurs contextes historique, politique et social.

Vaysette, P. (2018). "Expérimentations : le nouveau cadre." Esop : La Revue Des Soins Primaires(7) : 10-11.

La Loi de financement pour la sécurité sociale 2018 instaure, dans son article 51, un nouveau cadre pour l'autorisation et la mise en oeuvre d'expérimentations dérogatoires. Sont visées à la fois les innovations organisationnelles et de soins. En attendant les textes réglementaires, les expérimentations en cours (PAERPA, enfant à risque d'obésité, etc) peuvent se poursuivre. Trois types d'expérimentations sont par ailleurs envisagées : un intéressement collectif à des groupements d'acteurs, le paiement à l'épisode de soins, la rémunération collective.

2017

(2017). "ACI (accord conventionnel interprofessionnel) : une avancée majeure pour les équipes." Esop : Revue Des Équipes De Soins Primaires (La) (5) : 8-17.

L'accord conventionnel interprofessionnel a été signé par 12 syndicats le 20 avril 2017 et 6 autres les ont rejoint les jours suivants. Cet accord met fin au règlement arbitral et ouvre une pérennisation du cadre conventionnel pour les équipes pluriprofessionnelles. Désormais, les équipes et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) vont devoir s'emparer de ce nouveau cadre plus adapté et apportant des moyens supplémentaires au travail de prise en charge en équipe coordonnée. Il sera applicable à partir de la parution du décret en juillet 2017.

CNOM (2017). Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016. Paris CNOM : 64, tab., graph., fig.

Pour la 14^e année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les modalités de son organisation. L'enquête 2016, rendue publique mardi 4 avril 2017 démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national bien que l'on constate un léger recul du volontariat. La participation des médecins libéraux à la PDSA a diminué de 2 points en 2016 pour s'établir à 63 %, confirmant une baisse constante observée depuis 2006.

(2017). "Patients pris en charge dans une maison de santé pluridisciplinaire, impact sur trois postes de remboursement : hospitalisations, visites à domicile et consultations chez le dentiste." Syntheses : 17, tabl.
<https://statistiques.msa.fr/wp-content/uploads/2017/01/Synth%C3%A8se-Patients-maison-sant%C3%A9-pluridisciplinaire-en-2013-1.pdf>

Afin d'apprécier et d'évaluer l'impact économique de prise en charge des patients au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la consommation de soins ambulatoires des patients tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans l'une des six maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) accompagnées historiquement par la MSA, a été comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge en 2013, indépendamment de la structure ambulatoire de prise en charge. Une première étude a montré que le montant moyen des dépenses du 1er groupe était inférieur de 12 % à celui du second. Dans ce deuxième volet, l'intérêt est porté sur l'impact de l'exercice de groupe sur le recours à l'hospitalisation. Il ressort que les hospitalisations non programmées et les hospitalisations évitables sont moins importantes chez les ressortissants du régime agricole que chez les patients des MSP. Le recours aux visites à domicile effectuées par les généralistes est également exploré dans cette étude, elles s'étaient révélées plus coûteuses dans la première étude chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP. La présente étude ne met pas en évidence un poids plus important des visites dans l'activité des médecins généralistes exerçant en MSP. Par ailleurs, aucune différence significative n'est mise en évidence dans la comparaison de la consommation de soins dentaires entre les deux groupes.

Benoit, M., et al. (2017). "Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario." Sante Publique **29**(5) : 693-706.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7kR0xrjn. Diffusion soumise à autorisation]. Le rapport Naylor de 2015 précise que les infirmières praticiennes (IP) sont sous-utilisées au Canada, et ce, malgré les preuves favorables à leur égard, les avantages qu'elles apporteraient aux systèmes de santé ainsi qu'à la santé de la population plus généralement. Comment expliquer qu'elles ne soient pas plus présentes à pratiquer dans le système de santé canadien ? Une revue de littérature, sociohistorique, a permis de montrer qu'il existe un chevauchement, une interdépendance ou une complémentarité entre le rôle de l'IP et celui d'autres professionnels de la santé et que cela concerne son statut, sa formation autant que l'étendue de sa pratique. Le développement d'une approche collaborative interprofessionnelle, bien que réclamée par la plupart des associations professionnelles d'infirmières au pays, a du mal à s'implanter dans le cadre de la pratique et de la formation des IP.

Francois, P., et al. (2017). "Les outils d'évaluation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires : revue systématique." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **65**(1) : 61-69.

[BDSP. Notice produite par ORSRA orR0xoql. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Les regroupements pluriprofessionnels en soins primaires se développent dans de nombreux pays dont la France. Ces groupements apparaissent très hétérogènes quant au niveau d'intégration et de coopération interprofessionnelle. L'objectif de cette étude était de réaliser une revue systématique des instruments d'évaluation du développement organisationnel des structures de soins primaires. Méthodes : La littérature scientifique a été recherchée dans la base de données Pubmed, la littérature grise a été recherchée sur Internet. Les données récoltées comportaient des informations sur les instruments d'évaluation : origine, contenu, mode d'utilisation, processus de validation. Résultats : Soixante-cinq documents portant sur 16 instruments d'évaluation ont été retenus. Douze ont été développés en Amérique du Nord et quatre en Europe. Quatre instruments étaient des questionnaires d'évaluation, quatre des grilles d'accréditation et huit étaient des matrices de maturité. Les matrices de maturité étaient structurées en niveaux de développement organisationnel. Leur utilisation comportait une auto-évaluation individuelle par chaque professionnel, suivie par un consensus de groupe en présence d'un facilitateur externe. Les questionnaires d'évaluation et les grilles d'accréditation avaient des structures et des modes d'utilisation variables. Les instruments étaient structurés en 4 à 16 dimensions avec une médiane à 7. Six thématiques communes ont été identifiées : la gestion de la structure et de l'équipe, la démarche qualité, la gestion des données des patients, la coopération interprofessionnelle, l'accessibilité et la continuité des soins, et la formation. Les processus de validation des outils étaient très variables et le plus souvent incomplets. Conclusion : Il existe un ensemble hétérogène d'instruments d'évaluation des structures de soins primaires. Ces instruments diffèrent par leur objectif, leur contenu et leur mode d'utilisation. On retrouve cependant des thématiques communes. Un questionnaire d'évaluation des regroupements pluriprofessionnels

des soins primaires en langue française serait utile pour évaluer et suivre dans le temps le développement organisationnel des centres, maisons et pôles de santé en France.

Holue, C. (2017). "Exercice regroupé : maison ou centre de santé ?" *Concours Medical* **139**(2) : 20-30, fig.

Supper, I., et al. (2017). "Impact of multimorbidity on healthcare professional task shifting potential in patients with type 2 diabetes in primary care: a French cross-sectional study." *Bmj Open*(7) : 11, tab., graph., fig.

<http://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e016545.info>

This study estimate the transferability of processes of care from general practitioners (GPs) to allied healthcare professionals and the determinants of such transferability. From 8572 processes of care that concerned 1088 encounters of patients with diabetes, 21.9% (95% CI 21.1% to 22.8%) were considered eligible for transfer from GPs to allied healthcare professionals (78.1% to nurses, 36.7% to pharmacists). Processes were transferable with condition(s) for 70.6% (ie, a protocol, shared record or supervision). The most transferable processes concerned health maintenance (32.1%) and cardiovascular risk factors (hypertension (28.7%), dyslipidaemia (25.3%) and diabetes (24.3%)). Multivariate analysis showed that educational processes or a long-term condition status were associated with increased transferability (OR 3.26? and 1.47, respectively), whereas patients with higher intellectual occupations or those with two or more associated health problems were associated with lower transferability (OR 0.33? and 0.81, respectively).

Vaysette, P. (2017). "CPTS et ESP : méli-mélo à décoder." *Esop : La Revue Des Soins Primaires*(6) : 8-11.

Cet article fait le point sur les différents statuts des organisations pluriprofessionnelles de soins primaires : ESP (équipes de soins primaires), CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé).

2016

(2016). Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice des pharmaciens titulaires d'officine des Pays de la Loire. Résultats de l'enquête 2015. Évolution de l'officine, nouvelles pratiques professionnelles, collaborations interprofessionnelles. Nantes ORS Pays de la Loire : 64, tabl.

Ce document présente les résultats de la première enquête du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice des pharmaciens titulaires d'officine des Pays de la Loire, menée en 2015. L'étude a été réalisée par l'ORS à la demande de l'URPS Pharmaciens, et avec le soutien financier de l'ARS. Sont notamment décrites : les conditions d'exercice en officine (équipe salariale et locaux, regroupements...) et leur évolution, les perceptions et les attitudes des pharmaciens vis-à-vis des nouvelles pratiques professionnelles (entretiens pharmaceutiques, tests biologiques...) et de l'évolution des pratiques de préparation et de vente des produits de santé, les collaborations interprofessionnelles, en particulier dans le cadre des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.

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

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2016-1-page-67.html>

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

(résumé de l'auteur).

Chevillard, G., et al. (2016). "Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ?" Espace Populations Societes **2015/3-2016/1** 1-19.

<http://eps.revues.org/6177>

Les espaces ruraux en dépeuplement ont été peu explorés du point de vue de l'offre de soins de premiers recours et des besoins des populations résidentes, alors que ces questions y occupent une place importante. Ce travail caractérise les espaces en dépeuplement comparativement aux autres espaces ruraux à partir d'une typologie socio-sanitaire et d'une approche statistique nationale. Il met en évidence le déclin plus prononcé de l'offre de médecins généralistes libéraux dans ces espaces, alors que les besoins sanitaires demeurent élevés. Cette contribution évalue également les effets des maisons de santé mises en place pour attirer et maintenir des médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Les maisons de santé permettent de diminuer l'érosion de l'offre de médecins généralistes dans certains espaces en dépeuplement, mais pas dans l'ensemble de ceux-ci appelant à des mesures plus larges ou spécifiques (résumé d'auteur).

Dumontet, M., et al. (2016). "Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?" Revue française d'économie **XXI**(4) : 221-267.

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

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

Fournier, C. (2016). Les pratiques professionnelles dans les maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité, Paris : Editions l'Harmattan : 109-1122.

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

La prise en compte de l'importance du travail d'équipe est finalement assez récente tant la culture médicale est influencée par le paradigme un peu mythique du « colloque singulier ». Ce référentiel est désormais largement mis en cause ne serait-ce que par la non moins paradigmatique exigence de qualité et d'économie des soins. Si l'on ajoute à cela la recherche de l'harmonie et la croyance incantatoire que « tout le monde il est beau... », on ne voit pas trop comment.

Jaffiol, C., et al. (2016). Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. Paris Académie Nationale de Médecine : 15.

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/06/Maladies-chroniques-derni%C3%A8re-version-21-Juin-16-1.pdf>

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et la source principale des dépenses de santé. Leur dépistage précoce permet de limiter leur gravité évolutive et de réduire sensiblement leur coût. Mais, leur suivi thérapeutique se heurte à deux obstacles : le défaut fréquent d'observance du traitement par le patient et aussi, plus rarement, l'inadaptation thérapeutique à l'évolution clinique par le médecin. C'est pourquoi, il faut revoir fondamentalement la prise en charge du patient chronique pour le rendre autonome dans la gestion de sa maladie tout en donnant au praticien les moyens de gérer et de coordonner les diverses étapes de son parcours de soin. Cela exige de changer les mentalités de part et d'autre, mais aussi de donner au praticien les moyens financiers lui permettant de consacrer à ses patients plus de temps, au centre d'une nouvelle organisation

interprofessionnelle. La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont les clés de cette révolution thérapeutique, fondée aussi sur l'éducation à la santé, une meilleure formation des professionnels de santé, un accès accru au numérique, mais aussi et surtout la reconnaissance, par des mesures concrètes, de la place du médecin généraliste dans un nouveau parcours de soins où il doit avoir un rôle central de coordination (résumé d'auteur).

Kustos, I. (2016). Renouveler le premier recours par les maisons de santé pluriprofessionnelles : une approche par les outils. *Halshs archives ouvertes* : 35, fig.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01463940/>

Ce travail de recherche en cours propose de comprendre le fonctionnement et les singularités des MSP en mobilisant la notion d'outil. En effet la MSP peut être considérée comme un instrument de la réforme du système de santé en cours ; mais elle peut aussi être considérée comme utilisatrice d'outils créés pour son fonctionnement quotidien et son développement. La MSP dispose ainsi d'outils spécifiquement dédiés ou régulièrement adaptés sur lesquels elle s'appuie pour fonctionner. Qu'ils soient techniques ou processuels, sanitaires ou organisationnels, destinés à faciliter l'action collective ou à servir la performance, ces outils sont souvent innovants et parfois même sont-ils encore en cours d'expérimentation. Le chapitre s'articule autour de deux parties. La première présente la MSP pouvant elle-même être considérée comme un outil de transformation du premier recours notamment en contribuant à valoriser les fonctions d'accessibilité, de collaboration et de participation dans le système de santé français. La seconde partie présente les outils actuellement en usage au sein des MSP, et dont nous voudrions montrer qu'ils ne sauraient se réduire à n'être qu'exploités, à ne constituer qu'une simple boîte à outils, pour au contraire insister sur leur dimension évolutive et leur contribution à l'exploration de nouvelles voies.

Naiditch, M. et Frattini, M. O. (2016). Une coordination d'appui originale au médecin traitant : un outil entre dynamique professionnelles et dynamique de régulation régionale. *Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité.*, Paris : L'Harmattan : 149-162.

2015

(2015). Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Paris CGET : 95, tab., graph., carte.

Les études menées pour expliquer le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre en médecine générale insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes et pour leur famille avec carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé...). Face à ces nouvelles attentes et priorités, certains territoires présentent des atouts, alors que les faiblesses d'autres territoires se traduisent par l'existence de zones fragiles. L'étude cible son analyse au périmètre des jeunes médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) s'installant ou exerçant en ambulatoire (libéral, salariés en centre de santé...). Elle est organisée en trois phases : • Phase 1 : Identifier les facteurs d'attractivité des territoires pour les jeunes médecins ; • Phase 2 : Établir une typologie des territoires en fonction de leur attractivité ; • Phase 3 : Identifier des pistes d'actions et des bonnes pratiques. Cette étude a consisté à dresser une typologie des territoires sur la base d'indicateurs territoriaux, traduisant les facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins généralistes. Cette attractivité « théorique » a ensuite été comparée avec l'attractivité « réelle » (flux réels d'installation des jeunes médecins). In fine, ces travaux orientés vers l'action ont également porté sur la définition de pistes d'actions susceptibles d'aider les acteurs locaux à pérenniser ou développer l'offre de soin, en fonction des critères d'attractivité (extrait du préambule).

(2015). Les protocoles de coopération. Art. 51 de la loi HPST : évaluation 2014 : 147.

La Haute Autorité de Santé dresse un bilan du dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé mis en place par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Ce dispositif

permet à des professionnels volontaires d'organiser des délégations d'actes ou d'activités à travers des protocoles validés par l'agence et autorisés dans chaque région par l'ARS. Depuis 2014, le modèle économique des protocoles de coopérations est analysé par le collège de financeurs. 13 protocoles différents mis en oeuvre, dont 5 sur plusieurs régions, sur 3 thématiques : prise en charge de pathologies chroniques (protocole ASALEE - travail en équipe pour la prise en charge du diabète de type 2, la broncho pneumopathie chronique obstructive, les troubles cognitifs et les risques cardiovasculaires), échographie (un protocole portant sur la réalisation, par un manipulateur en électroradiologie, d'échographies, hors échographies cardiaques et obstétricales et les situations d'urgence – un autre protocole portant sur la réalisation par un(e) IDE, d'échographie cardiaque, sous le contrôle du cardiologue), ophtalmologie (prescription d'orthoptie, et prélèvement de cornées).

Abramovici, F., et al. (2015). "Les maisons de santé pluri-professionnelles sont-elles "la" pratique des soins primaires de demain ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **11**(8) : 340-342.

Aujourd'hui, un constat est fait tant au niveau des patients, des soignants que des responsables politiques : La France est, dans de nombreuses régions, au bord de la rupture pour l'accès aux soins en médecine générale. Plus de la moitié des médecins généralistes ont plus de 55 ans et les installations nouvelles ne compensent pas les départs en retraite. Aujourd'hui, l'abaissement du numerus clausus en dessous de 6 000 jusqu'en 2008 a réduit ces dernières années le nombre de médecins généralistes pouvant s'installer. L'objectif affirmé de diminuer l'offre de soins (considérée en France comme l'une des plus élevées du monde) ne garantissait la régulation ni en répartition géographique ni en spécialité. Aujourd'hui, paradoxalement même des départements franciliens comme la Seine-et-Marne sont touchés par la diminution de l'offre de soins. Elle fait partie des dix derniers de France pour le nombre de médecins par habitant, au même titre que le Cantal, la Creuse, la Sarthe : le nombre d'habitants y est en hausse alors que le nombre d'installations de nouveaux médecins ne compense pas les départs en retraite de ces dernières années. L'objectif de cet article est donc d'analyser si les maisons de santé seraient la solution à cette problématique.

Beaucourt, C. et Roux, L. (2015). "Les formes d'agir dans la gouvernance des maisons de santé." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(6) : 347-358.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xJH9tq. Diffusion soumise à autorisation]. Les maisons de santé ont été initiées pour promouvoir une nouvelle approche de la santé et des relations avec les usagers. Au sein de ces maisons, les professionnels associés ont alors construit des modalités de gouvernance facilitant la coordination de leurs différentes logiques d'action. Tout cela a produit ici ou là des dynamiques collectives plus ou moins innovantes sans nécessairement modifier les modes de relations entre professionnels et avec les usagers. Là où nous avons pu voir émerger des relations nouvelles, c'est lorsque la dimension politique a été intégrée dans la gouvernance des maisons de santé. C'est ce travail d'observation et d'analyse (à partir d'une étude de cas approfondie) que nous présentons dans l'article qui suit. Après avoir caractérisé les formes d'agir stratégique dans les maisons de santé, et montrer les limites d'une approche de la gouvernance vue comme un processus de régulation entre ces agirs pluriels et évolutifs, nous complétons cette lecture en faisant émerger la place d'un agir que nous nommons "politique" dans ces nouvelles organisations de santé.

Chevillard, G. (2015). Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Paris Université Paris Ouest, Université Paris Ouest. Nanterre La Défense. FRA. **Thèse ; Université Paris Ouest Nanterre La Défense : La boratoire Dynamiques sociales et recompositions des espaces ; Doctorat en Géographie** : 376, tab., graph., fig.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01225027>

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis en France et ceci est un fait ancien. Ces inégalités se renforcent au détriment d'espaces moins attractifs. Des zones avec des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales, apparaissent ou s'étendent. Depuis 2008, les pouvoirs publics accompagnent financièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en espérant qu'elles attirent et maintiennent des médecins dans ces espaces. Cette recherche étudie dans quelle mesure l'espace et le territoire participent à l'implantation de MSP, et en retour quels sont les effets de ces structures sur les espaces et territoires concernés. L'implantation des MSP et leurs effets seront

étudiées à différentes échelles géographiques à partir d'approches quantitative et qualitative. Au plan quantitatif, l'analyse spatiale des MSP utilise plusieurs outils (typologies et SIG). Ceci est complété par plusieurs terrains dans lesquels il s'agit d'étudier la place des MSP dans des régions et territoires donnés, en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés. Les effets des MSP sur l'offre de soins sont étudiés sur le territoire métropolitain selon une approche nationale comparant l'évolution de la densité de généralistes libéraux dans des espaces avec MSP comparativement à des espaces « similaires » sans MSP. La conduite de terrains dans deux régions vient compléter et discuter les résultats. Mots clés : espace défavorisé, espace fragile, espace rural, évaluation de politiques publiques, géographie de la santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soins de premiers recours, médecins généralistes libéraux.

Chevillard, G., et al. (2015). "Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France." *Revue D'economie Regionale & Urbaine*(4) : 657-694.

<http://www.revues.armand-colin.com/geographie-economie/revue-deconomie-regionale-urbaine/revue-deconomie-regionale-urbaine-ndeg-42015/mesure-limpact-dune-politique-publique-visant>

Cet article propose une première évaluation des maisons et pôles de santé à travers une démarche mobilisant des outils géographique et économétrique. L'objectif de cette double démarche est l'analyse de l'implantation de ces structures, puis une analyse de l'impact de celles-ci sur la densité de médecins généralistes libéraux. La méthodologie repose sur l'élaboration de typologies spatiales, puis d'une analyse cas-témoin comparant l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la généralisation de cette politique. Les résultats obtenus mettent en évidence une implantation davantage rurale de ces structures, de surcroît dans des espaces fragiles, ainsi qu'une moindre diminution de l'offre dans certains espaces ruraux et périurbains dotés de maisons et pôles de santé.

De, Haas, P. (2015). *Monter et faire vivre une maison de santé*, Brignais : Le coudrier éditions

<https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/5/9782919374052/Monter%20et%20faire%20vivre%20une%20maison%20de%20sante>

Mode d'exercice attrayant pour les libéraux, les maisons de santé pallient les difficultés d'accès aux soins dans les zones où les soignants se raréfient, tout en permettant d'améliorer la continuité et la qualité des soins en ambulatoire. Pour autant, mener à bien de tels projets se révèle complexe. Dans cet ouvrage, l'auteur décortique le mécanisme de la construction d'une maison de santé à partir de quatre expériences récentes. Après une présentation des parties prenantes, il détaille les six briques porteuses de l'édifice : approche territoriale, dynamique d'équipe, montage juridique, financement, immobilier, projet de santé et projet professionnel. Il développe ensuite toutes les facettes du fonctionnement de la structure et trace les perspectives de ce mode d'exercice (4ème de couv.)

De, Haas, P., et al. (2015). "Les maisons de santé pluri-professionnelles." *Lettre Du College (La)* (2) : 16.

<https://www.ces-asso.org/publication/les-maisons-de-sante-pluri-professionnelles>

Ce fascicule rassemble les contributions d'experts français et étrangers sur les maisons de santé pluri-professionnelles. Ce mode d'exercice s'est beaucoup développé en France ces dernières années et est désormais majoritaire. Cependant, comparativement à d'autres pays, le développement est plus modeste. Ce dossier dresse un bilan pour la France et fait un retour sur des expériences étrangères (Canada, Etats-Unis).

Fournier, C. (2015). *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*. Paris Université Paris 11, Université de Paris 11. Orsay. FRA. **Thèse de doctorat Santé Publique – sociologie** : 337.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/>

L'exercice des soins de premier recours en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) connaît depuis quelques années un développement croissant. Ces modalités d'exercice sont

présentées comme une solution aux défis que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accentuation des inégalités sociales de santé et l'irrésistible croissance des dépenses de santé. Elles s'inscrivent dans une remise en cause du système de santé français, construit historiquement sur un modèle curatif hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral et isolé. L'impératif d'un recentrage du système sur les soins de premier recours devient un objectif partagé par l'Etat et certains professionnels libéraux, associé à celui de leur réorganisation pour en accroître la dimension préventive et éducative, dans une approche de santé publique collective, populationnelle et mieux coordonnée au niveau d'un territoire. Comment les soins primaires se transforment-ils dans les MSP ? Dans les dynamiques observées, quels places et rôles jouent les pratiques préventives et éducatives ? Ces questions sont abordées avec une posture de recherche engagée, inscrite dans une réflexion méthodologique et politique, articulant des approches médicales, de santé publique et sociologique (extrait du résumé de l'auteur).

Lelievre, M. (2015). Travailler ensemble en soins de premiers recours : quelle place pour la coordination et la coopération. Illustrations à partir de quatre exemples. Angers Faculté de Médecine, Université d'Angers. Faculté de Médecine. Angers. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 240, tab., graph., fig.

<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107121/2016MCEM5180/fichier/5180F.pdf>

En se basant sur les résultats d'une revue de la littérature, cette thèse analyse le travail en équipe au niveau des soins primaires selon quatre axes : regroupement des professionnels de santé, coopération autour des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, coopération entre médecins et infirmières, collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Lemorton, C. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins. Paris Assemblée Nationale : 179, annexes.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>

Le présent rapport propose un état des lieux sur la question de la permanence des soins, ainsi qu'une série de préconisations destinées à pallier des dysfonctionnements et à améliorer l'organisation actuelle.

Marchand, O., et al. (2015). "Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes." *Sante Publique* **27**(4) : 539-546, tabl., fig.

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4.htm>

[BDSP. Notice produite par EHESP 99R0xsrr. Diffusion soumise à autorisation]. La nécessité d'améliorer la coopération interprofessionnelle conduit à inciter au regroupement des professionnels de santé de premier recours au sein de structures pluri-professionnelles telles que les maisons de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un état des lieux de l'implantation des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dans la région Rhône-Alpes et d'examiner leur organisation et leur fonctionnement. (introd.).

Roux, A. et Roques, V. (2015). "Liberté d'installation : Entre totem et tabou." *Gestions Hospitalieres*(549) : 478-481.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0xEGk7. Diffusion soumise à autorisation]. Longtemps tabou, l'idée d'un encadrement de la liberté d'installation des médecins fait aujourd'hui son chemin. Déserts médicaux, inégalités territoriales dans l'accès aux soins, réduction annoncée du nombre de médecins généralistes. Nombreux sont ceux qui jugent désormais nécessaire un aménagement de la liberté d'installation des médecins pour organiser au mieux l'accès aux soins. Parmi eux, Michel Legmann, alors président du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), n'hésitait pas en 2012 à appeler de ses vœux une régulation, résumant : "Il faut prendre ses responsabilités". État des lieux d'un sujet sensible. (Introd.).

Vaysette, P. (2015). "Forfaits maisons et centres de santé : NMR version 2015." *Reseaux Sante & Territoire*(64) : 10-11.

Le règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles et l'accord national des centres de santé ont mis en place les conditions de pérennisation des NMR destinés aux équipes. La première phase a concerné les maisons et centres de santé qui avaient participé à l'expérimentation des NMR (nouveaux modes de rémunération). Suit l'examen des nouvelles demandes. Tous les dossiers sont examinés par les Agences régionales de santé (ARS) et par les caisses d'assurance maladie, ces dernières assurant la gestion des demandes.

Vayssette, P. (2015). "Maisons de santé : la pousse continue." Reseaux Sante & Territoire(60) : 16-18.

Cet article dresse un bilan des maisons de santé en France. On y compte désormais plus de 650 maisons ou pôles de santé en fonctionnement. Ce mode d'organisation est la source du développement de nouveaux outils. Deux enjeux forts se dessinent pour 2015 : les systèmes d'information et la progression dans les démarches qualité. A cela s'ajoute la nécessité d'un accompagnement des nouvelles équipes et d'élargir les forfaits coordination à l'ensemble des équipes.

2014

ARS (2014). Assistance au suivi de l'accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique. Rapport de synthèse. Paris ARS Ile de France : 76.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1297/download?inline>

L'Ile-de-France a la chance de disposer d'une offre importante de centres de santé sur son territoire. Toutefois, face aux difficultés économiques que nombre d'entre eux rencontrent, le risque d'une disparition d'une part importante de ces centres est réel. C'est la raison pour laquelle l'ARS a souhaité qu'un travail d'accompagnement de ces centres soit engagé dans la région afin de rechercher et de mettre en œuvre, en étroite collaboration avec leurs responsables, des pistes d'améliorations de leur organisation et de leur viabilité économique. L'objectif est de maintenir et de développer sur le territoire francilien une offre de centres de santé qui constitue un complément précieux aux professionnels de santé libéraux de la région. La démarche s'est voulue partenariale. Le Comité Interministériel des Villes, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie des départements 92, 93, 94 et 75, le Conseil Régional d'Ile de France ainsi que la coordination des centres de santé de Paris ont contribué au pilotage de ce projet. Ce travail porte sur un échantillon de centres de santé des départements de la petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine, Seine Saint-Denis, Val de Marne) (résumé d'auteur).

ORS (2014). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, 4 fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_integregation_infirmiers_10.pdf

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux des Pays de la Loire, en partenariat avec le Ministère chargé de la santé (Drees) et cofinancé par l'ARS, la Drees et l'URPS-ml. Elle analyse l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire concernant l'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques. Ces résultats proviennent du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. L'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques est expérimentée depuis plusieurs années, en particulier dans le cadre du protocole ASALÉE. Ce protocole, qui peut concerner les diabétiques de type 2, les patients à risque cardiovasculaire, les fumeurs à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les personnes âgées, s'étend aujourd'hui dans plusieurs régions, dont les Pays de la Loire.

Cour des Comptes (2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes : 241-266., tabl.

La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le sous-objectif des soins de ville s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total. Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés. Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficacité dans leur dispensation. Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles.

Berrier, S. (2014). "Exercices regroupés : l'union fait la force." Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(34) : 22-27.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2014-03/MEDECINS-34.pdf>

A son émergence dans les années 1970, l'exercice regroupé s'appliquait exclusivement aux médecins de même spécialité. Depuis, ce mode d'exercice n'a cessé d'attirer les praticiens, à tel point qu'aujourd'hui 57,1 % des médecins libéraux (hors remplaçants) exercent en cabinet de groupe ou en société.

Coudin, E., et al. (2014). Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2. Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014., Paris : Ministère chargé de la Santé : 121-130, tab., graph., fig.

https://basepub.dauphine.psl.eu/bitstream/handle/123456789/14552/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

Le, Douarin, Y. M. et Chicoye, A. (2014). "Efficience économique des maisons médicales de garde : l'exemple du Val-de-Marne." Medecine : Revue De L'uniformec **10**(3) : 134-139.

Management of unscheduled and out-of-hours services is a topical issue in France and throughout Europe. This study provides an assessment of costs and efficiency of Medical Care Centres in the department of Val-de-Marne. Method. We estimated the average cost of care per patient in the Medical Care Centres and Hospital Emergency Services in the department of Val-de-Marne (key consideration) and the impact of the creation of the Association of Medical Care Centres on the activity of various structures over the period of observation (secondary consideration). In 2011, 36,473

patients were supported for a total of e 3,359,915 or e 92.10 per passage (average cost for 14 Hospital Emergency Services of the Val-de-Marne: e 144.90). The threshold efficiency calculated for Medical Care Centres is 3 passes for work on duty from 8pm to midnight and 2 for those weekends and holidays. Over the 2008-2011 period, The Ile-de-France region experienced an increase of 10.4% in attendance Hospital Emergency Services, in Val-de-Marne it was significantly less (6.4%). Conclusion. This study shows the economic efficiency of the medical facility. A more detailed analysis could not be carried out due to insufficient data.

Lombrail, P. (2014). "Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? Commentaire." Sciences Sociales Et Sante **32**(2) : 97-108.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xJqF18. Diffusion soumise à autorisation]. Ce commentaire fait suite à un article de ce même numéro de Sciences Sociales et Santé "Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes" (p. 67-95).

Rousset, G. (2014). "Les maisons de santé - un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ?" Revue De Droit Sanitaire Et Social(3) : 450-453.

Routelous, C., et al. (2014). "The role of boundary spanners in the implementation of interdisiplinary collaboration in medicine." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **32**(7-8) : 481-499.

[BDSP. Notice produite par ORSRA nD88R0xr. Diffusion soumise à autorisation]. La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle pose la question de comment des professions appartenant à des cultures et des organisations différentes parviennent à établir une approche pluridisciplinaire et collaborative. L'objectif de cet article est de comprendre les enjeux de la coopération entre professions médicales en l'absence d'impulsion managériale et d'organisation déterminée pour soutenir le dispositif coopératif. Nous, nous intéressons ici au processus d'apprentissage organisationnel qui d'ordinaire laisse dans l'ombre les maillons intermédiaires entre l'individu isolé et la pratique coopérative généralisée. Pour cela, nous mobilisons les théories relatives aux rôles des acteurs-frontières. Cette grille de lecture permet de caractériser le rôle que joueront les acteurs qui initient les coopérations aux frontières, et d'autre part, le rôle que jouent les outils de partage des connaissances pour consolider ces collaborations qui ne sont pas supportées par des organisations formalisées. Notre article vise à enrichir l'analyse à la fois sur la coopération interprofessionnelle et sur l'implantation de pratiques innovantes. L'approche méthodologique retenue s'appuie sur quatre études de cas. Sur le plan théorique, les résultats de cette recherche montrent que les praticiens soutiennent l'implantation de la collaboration : 1) en favorisant l'ouverture des cadres cognitifs par une action de traduction, 2) en tenant compte des attentes du système professionnel des acteurs à enrôler et 3) en se présentant de manière suffisamment neutre pour permettre la projection des parties prenantes. Ce résultat ouvre une voie de recherche utile en matière d'implantation de collaboration interprofessionnelle, en l'absence de gouvernance des dispositifs et d'organisation formalisée. (résumé auteur).

Vigneron, E. (2014). Les centres de santé. Une géographie rétrospective. Paris Fehap : 247, cartes.

Cet ouvrage met en lumière les défis auxquels les centres de santé peuvent répondre en France en fonction des caractéristiques propres à leur implantation territoriale. L'étude apporte des réponses à de nombreuses questions : les centres de santé, très anciens, répondent-ils aux besoins contemporains ? Existe-t-il une complémentarité entre centres de santé et maisons de santé ? Comment penser l'implantation des centres de santé en France ? L'ouvrage réalise une première : un recensement exhaustif des 1842 centres de santé en France et de leur implantation sur l'ensemble du territoire national. Il en explique les raisons tenant à l'histoire des territoires et des différentes initiatives qui ont porté ces centres de santé. L'ouvrage propose également des actions pour permettre aux centres de santé de se développer ; il met en texte mais également en image, avec plusieurs cartographies rendant compte des problématiques territoriales. Une carte prospective et originale propose notamment 398 cantons où les besoins de la population, les difficultés socio-économiques et de démographie médicale pourraient conduire au développement de nouveaux centres de santé. Les résultats montrent que les centres de santé constituent une réponse indéniable

aux difficultés d'accessibilité géographique et financière aux soins, aussi bien médicale que paramédicale : ils apportent une offre de soins de premier recours, porte d'entrée indispensable dans des parcours de soins cohérents ; ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires ; ils sont capables de se projeter sur des territoires excentrés ou défavorisés, où la médecine libérale s'implante peu ou n'existe plus ; enfin, la pratique pluri-professionnelle permet à un praticien de ne pas être isolé, facteur déterminant de l'attractivité, ce qui contribue à lutter contre les déserts médicaux (tiré du dossier de presse).

2013

(2013). L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 -2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire ; 4. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, fig., tabl.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2013_PDF/2013_panel2_mg_exercicegroupe_4.pdf

Dans les Pays de la Loire, 67 % des médecins généralistes sont installés en groupe, taux qui atteint 88 % chez les moins de 45 ans. L'enquête menée début 2011 auprès de 400 praticiens de la région permet d'estimer à 700 le nombre de cabinets de groupe de médecine générale. 80 % d'entre eux rassemblent deux à trois praticiens, et entre 150 et 180 sont des cabinets pluri professionnels. Le fait d'exercer en groupe influence les conditions d'exercice. La majorité des médecins en groupe partagent les dossiers patients avec leurs confrères du cabinet, disposent d'un secrétariat, exercent exclusivement sur rendez-vous. Ils organisent différemment leur temps de travail hebdomadaire, avec moins de jours de consultations que les médecins en cabinet individuel, pour un volume d'activité équivalent. L'exercice en groupe favorise l'accueil d'étudiants en médecine, le recours aux remplaçants et facilite les congés. Le regroupement ne diminue pas le temps consacré aux tâches de gestion et de comptabilité. Il n'influence pas non plus l'implication des médecins généralistes dans la permanence des soins, ni leur pratique d'autres activités médicales.

Depinoy, D. (2013). Maisons de santé, une urgence citoyenne, Paris : Editions de santé

Le système de santé est en plein changement et les défis liés aux évolutions démographiques, comportementales, épidémiologiques et des pratiques médicales imposent une nouvelle organisation. La structuration du premier niveau des soins – appelé le premier recours – peut apporter des résultats concrets rapides en matière de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité du service rendu et d'efficacité. S'attacher de manière volontariste à soutenir l'émergence des modes d'exercice pluriprofessionnels et regroupés peut permettre de relever les enjeux majeurs de notre système de santé.

Georges, P. et Waquet, C. (2013). Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Paris igas : 138, fig., tabl., annexes.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion.

2012

(2012). Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients. Paris DGOS : 19, fig., tabl. +annexes.

<http://www.sante.gouv.fr/>

Afin d'aider les professionnels dans l'interprétation de ce nouveau dispositif législatif et leur proposer des modes organisationnels permettant à la fois de satisfaire au respect des droits des patients et de favoriser des conditions d'exercice efficaces et sécurisées juridiquement, un guide méthodologique a été élaboré avec les représentants de tous les acteurs concernés. Ce guide comporte un résumé destiné aux professionnels de santé leur permettant de s'approprier de façon aisée le nouveau dispositif ainsi qu'une fiche informative destinée aux patients.

(2012). "L'association Asalée : une coopération médecins-infirmières." Revue Prescrire(346) : 625-627.

L'analyse d'une soixantaine de projets accompagnés par un bureau d'études spécialisé en santé, permet d'appréhender une première typologie des projets de maisons de santé et de dégager enjeux et obstacles, à partir de 18 critères.

Ifrap (2012). "Pénurie de médecins : comment obtenir une meilleure répartition sur le territoire ?" : 2.

<http://www.ifrap.org/Penurie-de-medecins-comment-obtenir-une-meilleure-repartition-sur-le-territoire,12822.html>

De plus en plus souvent, les pouvoirs publics doivent trouver des solutions face à des zones de « désert médical ». Alors que le nombre de médecins est globalement suffisant, leur répartition est délicate à réguler. Pourtant, les besoins ne peuvent que s'intensifier avec l'essor des maladies chroniques et de la dépendance. L'Assurance Maladie publique ne remplit pas son objectif premier d'assurer l'accès aux soins pour tous, tout en s'enlisant dans un déficit récurrent (10 milliards d'euros en 2011). La France dépense déjà plus pour la santé que ses voisins européens, et il est peu probable qu'une augmentation de dépenses résolve à elle seule le problème. Mais comment résoudre les problèmes de pénurie médicale, tout en réduisant les coûts ? Comme d'autres pays commencent à le faire, il est essentiel de rechercher des méthodes permettant de résoudre ce problème de pénurie tout en réduisant les coûts.

Beaupin, A. (2012). "Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) : 61-64.

La réforme du cadre d'exercice de la médecine de premier recours a été annoncée par la Ministre chargée de la santé, Marisol Touraine. Le présent article vise à attirer l'attention sur quelques points de vigilance à prendre en compte impérativement comme une attitude de bien-traitance à l'égard des professionnels de santé, l'importance du cadre juridique des nouvelles structures, l'importance du statut des professionnels de santé et du financement en intégrant la prévention santé.

Chevallier, G. (2012). Démographie médicale : Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), Rennes : EHESP

Ce dossier documentaire extrait de la lettre d'information du service documentation de l'EHESP rassemble références bibliographiques et textes de loi sur les maisons de santé pluridisciplinaires

Pellet, F. et Picard, J. M. (2012). Place d'une consultation infirmière de suivi de patients atteints de maladie chronique dans les maisons et pôles de santé en France. Quelques éléments de réflexion et perspectives tirés d'une enquête (09/2011). Les Vans Unité transversale d'éducation et de promotion de la santé du Pays des Vans : 96 + annexes, tabl., fig.

Cette étude avait pour but de connaître, par le biais d'une enquête comment les médecins généralistes et les infirmier(e)s se représentaient la consultation infirmière dans les maisons et pôles de santé. Elle s'est surtout centrée sur les consultations en lien avec la prévention, la santé publique, l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé qui s'appuient sur le rôle propre de l'infirmier(e). Cet état des lieux comportait, entre autres, une évaluation de la place accordée à une démarche de soins basée sur la classification internationale des diagnostics, interventions et résultats de soins infirmiers, aux représentations de l'éducation et de la santé, mais aussi à la place attribuée aux concepts de santé, d'éducation et aux théories infirmières.

Vaysette, P. (2012). "Pôles de santé pour le premier recours." Reseaux Sante & Territoire(45) : 16-23.

Moins visibles que les maisons de santé, les pôles de santé connaissent également un essor. Pôles de santé et maisons de santé sont souvent imbriqués, les deux ayant comme fil conducteur la constitution d'équipes de soins de premier recours et associant plusieurs catégories de professionnels de santé, avec un objectif de coordination. Les pôles de santé sont parfois à l'origine de création de maisons de santé et vice versa.

2011

Anger, E. et Gimbert, V. (2011). "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1). Les coopérations entre professionnels de santé." Note D'Analyse (La) (254) : 11, graph.

<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/en/system/files/2011-12-5-cooperations-professionnels-v1-na254.pdf>

À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, la télésanté, ou production de soins à distance. D'autre part, la coopération entre professionnels de santé, grâce à laquelle personnels médicaux et paramédicaux peuvent développer de nouveaux modes d'exercice collectif et opérer entre eux des transferts d'activité afin d'optimiser la production de soins. En France, ces démarches sont encore marginales, notamment dans le secteur ambulatoire, car elles nécessitent de faire évoluer certains principes d'exercice libéral. Dans d'autres pays, les coopérations sont très développées dans le champ des soins primaires, mobilisant surtout médecins généralistes et infirmiers sur l'accès aux soins courants et sur la qualité de prise en charge des pathologies chroniques. Cette évolution requiert une politique volontariste de soutien aux structures pluridisciplinaires et la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises. L'essor des coopérations en France, gage d'un renforcement du secteur ambulatoire, permettrait, sous certaines conditions, de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficacité du système de santé en réduisant le poids des dépenses hospitalières.

Aynaud, O. et Picard, D. (2011). "Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales : point de vue." Revue Francaise Des Affaires Sociales(2-3) : 311-321.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I8JsCROx. Diffusion soumise à autorisation]. Le médecin libéral est-il un professionnel libéral comme les autres ? Au contraire, l'activité médicale libérale a-t-elle un statut juridique, social et fiscal particulier par rapport aux autres professions libérales ? Pour répondre à ces questions, il faut commencer par identifier les règles transversales communes et spécifiques.

Bras, P. L. (2011). "Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(30) : 113-126.

Le système de soins de premier recours est confronté, en France, à un double défi : d'une part la diminution prévisible du temps médical, d'autre part la nécessité d'enrichir le contenu des prises en charge, notamment des patients chroniques. L'externalisation de certaines fonctions (éducation thérapeutique, accompagnement des patients) en dehors des cabinets de médecine générale en constituant en leur sein des équipes composées de médecins et d'infirmières. Les conditions en matière de définition des fonctions, de formation ou de modes de rémunération sont loin d'être réunies pour que ce mode d'organisation puisse s'implanter en France. Il faut donc envisager une action volontariste des pouvoirs publics : financer les infirmières qui souhaiteraient travailler au sein des cabinets de médecine générale volontaires pour ce nouveau mode d'exercice.

Chami, J. c. et Fablet, D. c. (2011). Professionnels de santé et analyse des pratiques, Paris : L'Harmattan

Voici le onzième ouvrage collectif sur l'analyse des pratiques professionnelles, consacré celui-là aux professionnels de santé. Il vise à explorer diverses professions concernées : médecins, infirmiers,

psychologues. Quel rôle joue aujourd'hui l'analyse des pratiques dans la formation initiale et continue de ces professions ? L'investigation s'est portée sur ces catégories professionnelles qui subissent des évolutions croissantes, mais aussi sur la diversité des champs d'exercice : pratiques libérales, hospitalières, mixtes (4e de couverture).

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

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xk JrHp. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement d'un vaste espace de liberté tarifaire, à partir de la création du double secteur tarifaire en 1980, a réhabilité le rôle du prix dans l'échange médical. Cette évolution significative fait levier aux valeurs libérales de la médecine et modifie la hiérarchie des valeurs à l'oeuvre dans l'éthique médicale. Elle conduit à accélérer les inégalités d'accès aux soins tout en activant des dépenses publiques nouvelles.

Huard, P. et Schaller, P. (2011). "Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants." Pratiques Et Organisation Des Soins(2) : 111-118.

<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-111.htm>

[BDSP. Notice produite par CNAMTS GqR0xpGr. Diffusion soumise à autorisation]. L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques exige plus de coopération et de coordination de la part des intervenants. De nombreuses initiatives cherchent à faire progresser l'intégration des soins, mais se heurtent aux distances qui séparent les professionnels. L'article s'efforce de définir les différentes formes de distances qui sont à l'origine de ces difficultés. Il s'intéresse ensuite aux mesures susceptibles de les réduire. Il analyse enfin les processus dynamiques permettant aux dispositifs innovants de se développer et de constituer de nouvelles références utiles pour orienter l'évolution du système sanitaire.

Swan, C. (2011). "Les Sisa : un nouveau mode d'exercice en libéral." Reseaux Sante & Territoire(40) : 22-23.

L'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (eNMR) doit permettre de développer de nouveaux modes d'exercice pour la médecine libérale en France et favoriser l'exercice en commun. Pour répondre à cette nouvelle donne, les parlementaires ont prévu la création des Sisa (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires). Alors que les décrets d'application sont attendus, cet article propose un point sur les nouvelles dispositions législatives relatives aux Sisa.

2010

Gimbert, V. et Lemoine, S. (2010). "Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficience ?" Note D'Analyse (La) (204) : 11.

Dans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, la régulation des dépenses en médecine de ville est au cœur des enjeux. Elle implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficience globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville.

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

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

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

2009

Baudier, F., et al. (2009). "Les maisons de santé : une solution d'avenir." *Sante Publique* **21**(4) : 111.

[BDSP. Notice produite par EHESP kBB0R0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Ce numéro spécial de la revue Santé publique a été réalisé à la suite d'un colloque national organisé à Besançon, en juin 2008. La première contribution développe une vision à la fois historique et prospective. Elle fournit de solides repères dans un paysage complexe, plein d'évolution en matière de santé et de protection sociale. L'approche originale promue par certaines collectivités, en particulier au sein des conseils régionaux, permet ensuite de comprendre les enjeux politiques et organisationnels sous-jacents. De ce point de vue, l'aménagement du territoire est certainement une dimension essentielle à prendre en compte. Le regard porté sur les expériences étrangères est instructif. Il vient d'Europe ou du continent américain (Québec). La Belgique trace, par exemple, une voie originale ; elle est rapportée avec humour. La situation des centres de santé français, proche des maisons médicales belges, pose, quant à elle, la question de structures pionnières et de leur pérennité. La plupart des maisons de santé sont très récentes. Les professionnels qui y travaillent réfléchissent à la pertinence de leurs nouveaux modes d'organisation, se remettent en question, dialoguent avec les élus, les patients, les institutions... Ce sont des projets en construction comme le témoignent les premiers travaux français présentés dans cette publication. Ils sont certes encore limités, mais donnent des pistes de réflexion et d'amélioration déjà intéressantes. Enfin, des recommandations émanant d'un séminaire national ayant réuni près d'une centaine de personnes, acteurs engagés dans la réussite des maisons de santé, fournissent des perspectives concrètes pour ceux qui souhaitent s'y investir.

Clement, M. C., et al. (2009). "Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne." *Sante Publique* **21**(4) : S79-S90.

Cette évaluation explore de façon empirique le concept de Maison de Santé Pluridisciplinaire, présenté aujourd'hui comme un moyen de maintenir des médecins sur le territoire et d'améliorer la qualité des soins. Notre échantillon comprend neuf maisons de santé issues de deux régions, 71 professionnels de santé dont 32 omnipraticiens. Elle associe des informations recueillies par questionnaire postal, visite sur sites et entretiens. L'activité des professionnels et le recours aux soins des patients sont analysés avec les données de remboursement de l'assurance maladie. Elles sont comparées à l'activité des professionnels et au recours aux soins des patients localisés sur une zone témoin (ZLT) définie pour chaque maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Au-delà de la forte hétérogénéité des structures, en termes de localisation, taille et activité, nous constatons : un équipement supérieur à la moyenne, des plages d'ouverture élargies et des pratiques coopératives le plus souvent informelles. À activité comparable, les médecins des MSP déclarent prendre plus de jours de congés. Plusieurs types de pratiques collectives sont repérables selon le niveau de « substitution » des médecins entre eux. En conclusion, l'organisation au sein des MSP étudiées permet un équilibre différent entre temps de travail et loisirs pour les médecins, tout en augmentant l'accessibilité horaire et annuelle aux patients à la MSP.

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

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

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

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

Estryn, Behar, M., et al. (2009). "Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT." Concours Medical **131**(1) : 22-25.

[BDSP. Notice produite par ORSRA HomR0x7n. Diffusion soumise à autorisation]. Destinée à compléter les enquêtes PRESS-NEXT (menées entre 2003 et 2004), l'étude SESMAT - Santé et satisfaction des médecins au travail - (menée en 2007-2008), limitée pour l'instant à la France, a utilisé le questionnaire validé au niveau européen pour les paramédicaux, en conservant identiques deux tiers des questions qui restaient adéquates, afin de pouvoir réaliser des comparaisons. Un tiers des questions prenait mieux en compte la spécificité de l'exercice médical. 3 196 médecins ont rempli le questionnaire en ligne sur le site PRESS-NEXT. Un échantillon représentatif, pour le sexe, l'âge, la discipline et la région, a été constitué par tirage au sort (1 924 médecins). Selon les résultats, l'intention d'abandonner la profession (IAP) atteint des proportions préoccupantes dans les services d'urgences, de gériatrie et de pharmacie. Quand la qualité du travail d'équipe laisse à désirer, ce risque d'IAP s'élève, dans chaque spécialité.

Holue, C. (2009). "Pôle de santé libéral : une nouvelle organisation territoriale de santé." Concours Medical **131**(9) : 304-306, carte.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xqJIBJ. Diffusion soumise à autorisation]. Défini dans le projet de loi Bachelot, le pôle de santé libéral (PSL) est une organisation pluridisciplinaire de professionnels volontaires pour coordonner les soins de premier recours, au service de la population d'un bassin de vie. Des regroupements de professionnels de santé libéraux sont en préparation, notamment dans le

Grand Ouest, avec un objectif prioritaire : le maintien de l'accès aux soins.

Jean, O., et al. (2009). "Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes." *Sante Publique* **21**(5) : 453-464, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP ACDAR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. De nombreux médecins exercent d'autres activités que l'exercice habituel en cabinet, ici nommées Activités Médicales Hors Cabinet (AMHC). Le but du travail était d'identifier les médecins qui exerçaient ces activités, de répertorier et décrire ces AMHC, ainsi que leurs motivations à les exercer, dans un département de l'Ouest de la France. La population étudiée était celle des médecins généralistes exerçant à titre libéral dans le département. En étaient exclus les médecins à mode d'exercice particulier (MEP). 329 réponses ont été relevées (53%). Les hommes déclaraient avoir au moins une AMHC pour 58% d'entre eux, contre 33% des femmes. Ces activités vont de la médecine d'établissement à l'enseignement et à l'expertise et sont la plupart du temps sous-tendues par une formation complémentaire. Elles sont très diverses, tant par l'investissement qu'elles nécessitent que par leur mode de rémunération. L'exercice de ces activités semble autant répondre aux difficultés de l'exercice de la médecine générale qu'être limité par celles-ci. Leur pratique pourrait être perturbée par l'évolution de la démographie médicale.

Juilhard, J. M., et al. (2009). Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris Ministère chargé de la santé ; Paris La documentation française : 51.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000029/0000.pdf>

Les maisons de santé proposent une offre libérale de soins de proximité et de suivi aux patients, ainsi qu'un environnement adapté à une pratique modernisée de l'exercice des professionnels de santé. Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) va renforcer leur rôle en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoires en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans les territoires. Ce rapport fait le bilan de ces maisons, pôles et centres de santé, les recense, étudie leur organisation, leur fonctionnement. Il constate un besoin de sécurisation juridique et financière pour ces nouvelles entités. Il propose sept séries de mesures qui visent à faciliter l'émergence d'un dispositif de soins de premier recours en zone rurale et péri-urbaine : identification d'un cadre pour les exercices pluri professionnels ; adoption d'un nouveau cadre juridique ; promotion de nouveaux modes de financement ; accompagnement des professionnels ; inscription dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé ; réponse aux attentes ; identification de ces structures comme des lieux de formation pluri professionnelle privilégiés. Le rapport conclut en alertant les pouvoirs publics et l'université sur l'importance à donner à la formation et à la recherche.

2008

Dang, Han Doan, B., et al. (2008). "Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les modes d'exercice." *Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales* **48**(4) : 472-488.

[BDSP. Notice produite par OBRESA EDolR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, sur 100 médecins en activité, 60 exercent leur art en clientèle privée (à titre libéral), 19 travaillent dans un Centre Hospitalier Universitaire, 23 dans un établissement non universitaire, 19 encore pratiquent dans un centre de santé (ou structure similaire), 6 se consacrent au contrôle ou à l'expertise médicale. En outre, 17 exercent une autre activité de nature médicale, 11 travaillent dans les domaines non médicaux et 4 ne donnent pas de réponse. L'ensemble dépasse les 100 % parce que certains ont plusieurs modes d'exercice. Le multi-exercice est néanmoins en voie de diminution. La proportion des médecins ayant plusieurs cadres de pratique s'élevait à 58 % en 1977 mais elle n'est plus que 47 % trois décennies plus tard. L'importance numérique des modes d'exercice au sein du corps médical subit des variations dans le temps. Entre 1977 et 2007, si l'on inclut dans chaque exercice tous les médecins qui le pratiquent peu ou prou, on constate qu'à part les hôpitaux non universitaires, tous ont marqué une réduction. Cette dernière tire sa source du recul général des activités d'appoint en faveur du mono-exercice. La progression du mono-exercice, ou exercice à titre exclusif, est spectaculaire dans les établissements d'hospitalisation non universitaires : 12 % du personnel médical

de ces établissements y travaillaient à titre exclusif en 1977 mais leur proportion est de 36% trois décennies après. Le mono-exercice connaît aussi une forte expansion (de 26 % à 46 % en 30 ans) dans les centres de santé, lieux pourtant réputés privilégiés des vacances d'appoint. On peut citer aussi les CHU : aujourd'hui, le tiers de leur personnel médical y travaille à titre exclusif, contre moins d'un cinquième en 1977. Tout comme les structures professionnelles, les structures démographiques accusent des changements durant les dernières décennies. Toutefois, les processus démographiques sont de nature lente. Le boom des diplômés médicaux a débuté vers le milieu des années 70 mais aujourd'hui on assiste surtout à une forte expansion des médecins âgés de 40 à 54 ans. Le groupe des aînés (55 ans et plus) ne verra son boom que vers 2015-2020. Par ailleurs, cette marche vers le vieillissement varie d'un mode d'exercice à l'autre. Le fait procède en partie des changements d'exercice en cours de carrière mais surtout de l'afflux différentiel des jeunes diplômés, ces derniers choisissant en grand nombre dès le départ certains exercices et en délaissant d'autres. C'est la moindre attirance des jeunes pendant les dernières décennies qui explique le vieillissement rapide de la médecine libérale : en 1977, plus du tiers des médecins libéraux avaient moins de 40 ans, mais leur proportion s'est réduite à 1 sur 7 trente ans plus tard. Cette proportion de 1 jeune sur 7 est observée maintenant aussi parmi les médecins des centres de santé. Dans la médecine hospitalière, elle est plus élevée. (Résumé d'auteur).

Simon, F. (2008). Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale. Paris CNOM : 3.

<https://docs.lequotidiendumedecin.fr/d6data/RedacWeb/maisonsdesantepluriprofessionnelles.pdf>

Les sites ou maisons de santé interprofessionnelles sont présentés par les pouvoirs publics comme la solution pour les secteurs déficitaires. De façon plus générale, ce concept dépasse largement ces zones pour devenir une forme de l'offre de soins. La coexistence de différents professionnels de santé, voire de travailleurs sociaux, au sein d'une même structure a conduit les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre mais aussi les URML à questionner le Conseil national de l'Ordre des médecins sur leur compatibilité avec nos principes déontologiques et les règles édictées dans le code de déontologie médicale. C'est à ces questions que le Conseil national de l'Ordre des médecins s'efforce aujourd'hui de répondre (extrait de l'intro.)

2007

(2007). Les maisons de santé en Franche-Comté : présentation et évaluation de leur activité. Besançon URCAM : 11, carte, tabl.

Depuis quelques années, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté et ses partenaires (dont le Conseil régional de Franche-Comté), accompagnent dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la Mission régionale de santé (URCAM/ARH), les projets de maisons de santé émergeant dans la région, encore appelées Maisons médicales pluridisciplinaires (MMP). En effet, plusieurs facteurs liés notamment au système de santé français incitent à développer ce type de structures. Les enjeux sont multiples, qu'ils soient démographiques ou sociologiques, liés à l'accessibilité aux soins ou encore en termes de progrès technologiques. Les maisons de santé peuvent constituer une solution à la désertification médicale de certaines zones rurales ou urbaines sensibles. Dans une récente enquête, parmi les différentes mesures évoquées pour que les jeunes médecins exercent dans les zones sous médicalisées, ces derniers ont considéré à 93% que la mise en place des maisons de professionnels de santé était une initiative convaincante.

Aulagnier, M., et al. (2007). "L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises." *Etudes et Résultats (Drees)* (610) : 8, graph., tabl.

<https://orsbretagne.typepad.fr/files/en-savoir-plus-er610.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xVfJZ4. Diffusion soumise à autorisation]. Les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises, selon les régions du panel. Les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes dans les régions les plus rurales. Pour ceux qui exercent en groupe, pratique rencontrée plutôt chez les jeunes médecins, cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures. Au total, un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail

hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ. Globalement, trois médecins sur quatre déclarent être satisfaits de leur activité professionnelle. Cette satisfaction décroît notamment avec l'âge et la durée de travail, elle augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2.

Dang, Han Doan, B., et al. (2007). "Les professions libérales et la création d'emploi : enquête effectuée au printemps 2006 à la demande et sous l'égide de l'Union Nationale des Professions Libérales." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **47**(1) : 3-89.

[BDSP. Notice produite par OBRESA lvR0xp87. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente les résultats d'une enquête par questionnaire, effectuée le 2 mars 2006 par voie postale, auprès d'un échantillon de 8 professions libérales : agents généraux d'assurance, architectes, avocats, biologistes (directeurs de laboratoire d'analyses), chirurgiens-dentistes, experts-comptables, médecins et notaires. A partir d'un taux de réponse moyen par profession de 34,1%, l'article dresse, dans une première partie, un panorama comparatif des professions libérales en France. Le 2ème chapitre est consacré à l'étude de leur mode d'exercice en solo, en association - collaboration ou faisant appel au salariat. La 3ème partie précise le fonctionnement des sociétés d'exercice professionnel et leurs potentialités d'embauche liées principalement à l'accroissement de leur clientèle. Le dernier chapitre évoque le problème des freins à l'embauche. En annexe, 18 tableaux chiffrés viennent compléter le commentaire.

2005

Barnay, T. et Ulmann, P. (2005). "La médecine de ville : vers de nouvelles règles ?" Cahiers Francais(324) : 66-71.

Si l'activité des praticiens libéraux continue de reposer sur la Charte de la médecine libérale élaborée en 1927, les principes qui la sous-tendent sont d'ores et déjà, selon les auteurs, largement dépassés dans les faits. Cela devrait faciliter l'acceptation des nécessaires changements à opérer dans l'exercice de la médecine de ville. Les auteurs expliquent aussi que l'inégale répartition territoriale de l'offre de santé, bientôt aggravée par les départs massifs à la retraite de la génération du baby boom, rendront indispensable un aménagement de la liberté d'installation reconnue aujourd'hui encore aux médecins (résumé d'auteur).

Chabrol, A., et al. (2005). "L'exercice en lieux multiples : une nouvelle possibilité pour les médecins." Bulletin De L'ordre Des Medecins(7) : 8-12.

[BDSP. Notice produite par ORSIF Qu7R0xlc. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis mai 2005, les médecins libéraux peuvent exercer sur plusieurs sites. Une possibilité néanmoins soumise à conditions. Principaux objectifs de cet assouplissement de l'article 85 du code de déontologie : ramener les praticiens vers les zones déficitaires sur le plan médical et leur permettre de partager des plateaux techniques coûteux.

2004

Audric, S. (2004). "L'exercice en groupe des médecins libéraux." Etudes Et Resultats(314) : 12, 19 tabl., 10 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er314.pdf>

Selon une enquête réalisée en 2002 par la Drees et la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnamts), 44 % des médecins libéraux exercent en groupe, tandis que 11 % partagent par ailleurs leurs locaux avec d'autres professionnels. Le taux d'exercice en groupe varie néanmoins fortement d'une spécialité à l'autre. La fréquence de l'exercice en groupe est en outre différente selon la région d'exercice et selon l'âge du médecin. Deux tiers des médecins en groupe exercent dans une Société civile de moyens (SCM), qui permet de partager équipement, personnel et locaux ainsi que les frais y afférant. Les honoraires perçus par les médecins en SCM, en Société d'exercice libéral ou en Société de fait sont

supérieurs " toutes choses égales par ailleurs " à ceux perçus dans un autre cadre. Les médecins en groupe emploient par ailleurs plus souvent des salariés, même si le nombre de salariés par associé est plus faible que celui observé chez les médecins n'exerçant pas en groupe.

Grenier, A. (2004). "Exercice groupé et réseaux de santé. La pratique de la médecine libérale sort de l'isolement." Actualite Et Dossier En Sante Publique(49) : 72-74.

[BDSP. Notice produite par ENSP 7kynWR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux et les cabinets de groupe présentent de nombreux avantages pour l'organisation de la médecine libérale. Ils doivent cependant être encouragés et accompagnés, c'est la tâche que s'est fixée l'URML d'Ile-de-France.

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

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

2003

Allemand, H., et al. (2003). "Les difficultés dans l'exercice professionnel." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **43**(3) : 582-592, tabl., stat.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP DR0xqU8l. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés dans cet article concernent les difficultés dans l'exercice professionnel des médecins libéraux de la région Ile-de-France. Ces résultats proviennent de l'enquête réalisée de décembre 2002 à mars 2003. Dans l'enquête, quatre types de difficultés sont énumérées : les difficultés de nature financière, celles de nature relationnelle, celles spécifiques à l'Ile de France et enfin celles relatives à l'organisation du système de santé. La difficulté la plus souvent éprouvée est la lourdeur des charges.

Bouet, P., et al. (2003). Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ? Paris CNOM : 46, graph.

<https://www.doccity.com/fr/liberte-d-installation-liberte-d-exercice-quelle-medecine-pour-quels-medecins/4989091/>

Ce rapport de la Commission nationale permanente a été adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003. Les auteurs se sont interrogés sur l'évolution de l'installation des médecins, notamment des problèmes à venir et des possibilités d'y remédier. En premier lieu, le document fait le point sur l'installation professionnelle actuelle des jeunes médecins : qui sont les nouveaux installés, où vont-ils, quelles sont leurs aspirations. Celui-ci analyse ensuite les facteurs influençant la future installation professionnelle des étudiants durant la période des études médicales, puis décrit les caractéristiques des médecins installés. Il aborde également la question de la migration des médecins dans les pays européens. La réflexion se poursuit sur les besoins de la population et les priorités de santé publique, pour se demander s'il est possible de déterminer les besoins en médecins. Après avoir exposé le bilan de la situation, les difficultés actuelles et à venir, les outils à la disposition des pouvoirs publics, et élabore des propositions d'orientation du métier de médecin en termes de compétence et de mode d'organisation des soins et des professionnels.

2001

(2001). Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile-de-France. Paris URML : 33, 34 graph.

Se basant sur les résultats d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins exerçant en Ile-de-France, cette étude explore les conditions d'exercice des médecins libéraux dans

cette région. Cette enquête permet notamment de distinguer les particularités de l'exercice des femmes médecins, particulièrement en matière de choix du lieu d'exercice, d'âge moyen, de spécialisation, de sécurité, d'activités salariées, de pratique des gardes, etc. Ce document est disponible sur le site de l'Urml :

https://urml-idf.org/upload/etudes/etude_010622.pdf

2000

Fostier, R., et al. (2000). De l'exercice médical libéral, Nancy : ALN Editions

Cet ouvrage collectif, réalisé avec le partenariat des laboratoires Beaufour Ipsen Pharma, a pour objectif de cerner en l'an 2000 les règles réactualisées des modalités de l'exercice médical libéral : principes fondamentaux de l'installation ; gestion quotidienne du cabinet médical libéral ; outils de communication ; assurances personnelles et professionnelles ; difficultés de la responsabilité médicale ; importance des prélèvements obligatoires.

Haehnel, P., et al. (2000). "Lieux et modes d'exercice." Actualité Et Dossier En Santé Publique(32) : 33-47, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xU7m66. Diffusion soumise à autorisation]. Durant la dernière décennie, les conditions d'exercice des médecins libéraux se sont profondément modifiées. Par ailleurs, si l'exercice médical en cabinet de ville est toujours vivace et joue un rôle essentiel pour la population dans l'offre de soins, il semble laisser de plus en plus de place à une pratique médicale au sein d'organismes publics ou privés. Qu'il s'agisse de prévention (médecin du travail, de PMI ou médecin scolaire) ou de soins (praticiens hospitaliers) cette pratique médicale reflète une grande variété de statuts, y compris au sein d'un même organisme.

LE TRANSFERT DE COMPETENCE ET LA DELEGATION DE TACHE

Pour en savoir plus :

Site du ministère chargé de la santé

[La coopération entre les professions de santé](#)

Site de l'Irdes

Les professions médicales : sociologie et délégation de soins ;

[Les politiques de lutte contre la désertification.](#)

2021

Charpigny, M., Hada, S., Vitalis, E., et al. (2021). "Infirmières en pratique avancée (IPA)." Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les) (36) : 8.

<https://cahiersdesante.fr/editions/36/infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-presentation-bilan-et-perspectives-5-ans-apres-la-loi>

Le métier d'infirmières évolue sous l'influence du développement des sciences et techniques médicales, mais aussi de la pénurie de médecins. Des pratiques nouvelles et une réorganisation des services paraissent possibles. Il y a des conditions à mettre en place : formation, délégations de tâches, traitement social, reconnaissance professionnelle. Nous donnons ici un aperçu des expériences en cours en particulier en centre de santé.

Gilles de La Londe, J., Afrite, A. et Mousques, J. (2021). "La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée." Questions D'Economie de la Santé (Irdes) (264) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmier·ère.s Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie pour cela sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique. L'analyse des impacts du dispositif, inscrits dans le programme d'évaluation Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (DAPHNEE), est appréhendée ici à travers l'évolution de la qualité des soins et services dont ont pu bénéficier les patients diabétiques de type II, avant et après l'entrée de leur médecin traitant dans l'expérimentation Asalée. Les analyses montrent que l'entrée des médecins dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la qualité du suivi des patients diabétiques et, particulièrement, de ceux bénéficiant d'un suivi spécifique par des infirmières. De plus, l'impact est plus important pour les binômes médecins-infirmières pour lesquels la coopération est plus intense, notamment en termes de nombre de patients concernés, de démarches éducatives entreprises ou encore de nombre et de variétés des actes substitués.

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

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

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

2020

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2020). "Can General Practitioners Be More Productive? The Impact of Teamwork and Cooperation with Nurses on GP Activities." *Health Economics On line*: 19.

<https://doi.org/10.1002/hec.4214>

The integration of primary care organizations and interprofessional cooperation is encouraged in many countries to both improve the productive and allocative efficiency of care provision and address the unequal geographical distribution of general practitioners (GPs). In France, a pilot experiment promoted the vertical integration of and teamwork between GPs and nurses. This pilot experiment relied on the staffing and training of nurses; skill mixing, including the authorization to shift tasks from GPs to nurses; and new remuneration schemes. This article evaluates the overall impact of this pilot experiment over the period 2010–2017 on GP activities based on the following indicators: number of working days, patients seen at least once, patients registered, and visits delivered. We control for endogeneity and reduce selection bias by using a case-control design combining coarsened exact matching and difference-in-differences estimates on panel data. We find a small positive impact on the number of GP working days (+1.2%) following enrollment and a more pronounced effect on the number of patients seen (+7.55%) or registered (+6.87%). However, we find no effect on the number of office and home visits. In this context, cooperation and teamwork between GPs and nurses seem to improve access to care for patients.

2018

Chanu, A., Caron, A., Ficheur, G., et al. (2018). "Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant (e) s médico-social (e) s : étude en analyse conjointe." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* **66**(3) : 171-180.

[BDSP. Notice produite par ORSRA EH88oR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Le cabinet d'un médecin généraliste est une entreprise où la délégation des tâches est une composante essentielle à l'amélioration de la qualité et des performances du travail. Objectif : Classer les préférences des médecins généralistes quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant (e) s médico-social (e) s. Méthode : La révélation de ces préférences a été faite par analyse conjointe auprès d'un échantillon aléatoire de 175 médecins généralistes en activité en France métropolitaine. Dix scénarios ont été construits à partir de sept attributs : formation des secrétaires médicales, aide logistique pendant la consultation, délégation de la gestion du planning, des dossiers médicaux, de la comptabilité, de l'entretien, et prise d'initiative au téléphone. Un plan factoriel a été utilisé pour réduire le nombre de scénarios. Les variables sociodémographiques des médecins ont été collectées. Résultats : Cent trois médecins ont répondu et l'analyse portait sur 90 répondants respectant l'hypothèse de transitivité des préférences. La difficulté ressentie était de 2,8 sur 5. Les taux élevés de répondants (59% ; IC 95% [51,7-66,3]) et de transitivité (87,5% ; IC 95% [81,1-93,9]) montraient l'intérêt des médecins pour cette thématique. La délégation de la gestion du planning (OR=2,91 ; IC 95% [2,40-13,52]) et des dossiers médicaux (OR=1,88 ; IC 95% [1,56-2,27]) étaient les deux attributs les plus importants pour les médecins. Seule l'aide logistique n'était pas un critère pris en compte significativement pour le choix de secrétaire. Conclusion : Il s'agit d'une première étude s'intéressant aux choix des médecins généralistes en matière de délégation de tâches. Elle permet de mieux comprendre les déterminants de leurs choix à déléguer certaines tâches ou non ; elle va dans le sens d'une volonté de diminution de tâches annexes pour les médecins au profit d'un temps "médical" et de formation plus important ainsi que vers un élargissement du champ de compétences des secrétaires pouvant passer par l'émergence d'une nouvelle fonction : "assistante médicale".

2017

Arsif (2017). *Coopérations entre professionnels de santé : Bilan de cinq ans de mise en oeuvre du dispositif en Ile-de-France*. Paris ARSIF : 80, tab.

Ce bilan de la coopération des professionnels de santé a été réalisé à partir de données quantitatives, issues du suivi de l'instruction des dossiers par l'ARS Île-de-France, et de données qualitatives collectées auprès de personnes participant à la mise en oeuvre du dispositif. Les principaux résultats montrent des aspects positifs avec une satisfaction des patients et des professionnels impliqués, un intérêt pour le dispositif permettant de répondre à des problématiques de soins et d'en tirer des bénéfices pour tous les acteurs. Ils montrent également des difficultés et des limites. Elles sont relatives aux délais d'instruction longs (en moyenne 25 mois pour les protocoles autorisés), au financement, à l'organisation et la valorisation des professionnels, aux dispositions législatives et réglementaires, à l'applicabilité des protocoles autorisés, à la gouvernance du dispositif, aux moyens mobilisés et aux coûts de sa mise en oeuvre.

Baud, C., et al. (2017). *Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes*, Paris : ANAP

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-1-construction-de-dispositifs-dappui-a-la-coordination-des-situations-complexes/>

[BDSP. Notice produite par EHESP HGR0xmpm. Diffusion soumise à autorisation]. L'un des défis à relever par les acteurs du système de santé est de structurer des organisations du parcours de santé mieux coordonnées et pluri professionnelles, en particulier pour les situations complexes. Ce document, qui s'adresse principalement aux acteurs de la coordination sur les territoires, est une aide à la construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. Il traite, à partir des retours d'expériences des cinq projets Territoire de soins numérique (TSN), des sujets clés, des points de vigilance et des questions à se poser pour construire un dispositif d'appui à la coordination de type

Plateforme territoriale d'appui (PTA). Pour rappel, Territoire de soins numérique (TSN) est un programme doté d'un budget de 80 millions d'euros dans le cadre du PIA (Programme d'investissement d'avenir) sur la période 2014-2017. Il a pour objectifs de faire émerger dans des territoires pilotes, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, des organisations innovantes de prises en charge des patients appuyées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients. Ces organisations ont pour objet d'améliorer la coordination des prises en charge. Suite à un appel à projet, 5 régions ont été sélectionnées en septembre 2014 par un comité d'experts indépendants : - Aquitaine : XL ENS (Landes espace numérique de santé) - Bourgogne : E-TICSS (Territoire innovant coordonné santé social) - Île-de-France : TERR-ESANTE ("Le numérique au service de la santé en métropole du Grand-Paris") - Océan Indien : OIIS (Océan Indien Innovation Santé) - Rhône-Alpes : PASCALINE (Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique). Par ailleurs, TSN est un laboratoire pour tester le modèle de plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé (art. 74 de la loi de modernisation du système de santé) et déterminer les outils numériques qui peuvent contribuer à son développement.

d'Elbee, M., et al. (2017). "Cooperation according to French Law "hospital, patients, health and territories": Pharmacists' involvement in Aquitaine region." *Rev Epidemiol Sante Publique* **65**(3) : 231-239.

BACKGROUND: In 2009, the French Act "Hospital, Patients, Health and Territories" (loi "Hopital, Patients, Sante et Territoires") reorganized the outpatient care pathway and defined missions aimed at improving cooperation between pharmaceutical and medical professionals. Five years later, we conducted a survey among community pharmacists in order to assess the appropriation of these missions and the way cooperation was implemented. We also aimed to investigate factors that could hamper or ease the development of these activities in order to identify actions needed to improve pharmacists' involvement. METHODS: In partnership with the local health authorities "Agence regionale de sante", we conducted a survey via an online questionnaire sent to pharmacy holders in July 2014 in Aquitaine region. Information was collected about the pharmacies, involvement in collaborative activities, and barriers to cooperation. RESULTS: Overall, 20% (249) of pharmacists responded to the survey. They owned predominantly rural pharmacies (46%) or neighborhood pharmacies (41%), with two pharmacists per pharmacy (48%). Regarding collaborative activities, the majority of pharmacists (78%) had conducted interviews with their patients taking vitamin K antagonist therapy and they were willing to continue (87%). The implication was less common concerning other actions such as referent pharmacist for nursing homes (19%) or activities relating to therapeutic educational programs for patients with chronic conditions (34%). The vast majority of respondents (85%) were not aware of opportunities to become a correspondent pharmacist. The main obstacles for engaging in these activities were the lack of time, lack of knowledge about these missions and the lack of remuneration. We identified differences in pharmacists' involvement in collaborative activities depending on selected characteristics of the pharmacies. CONCLUSION: The findings of this survey underlined pharmacists' acceptance of these missions and suggest that better information and appropriate remuneration could enhance commitment. Recent changes in the legal framework (establishment of "pharmaceutical fees", extension of the scope of pharmaceutical interviews) enable funding for collaborative practices between medical practitioners and pharmacists, thus encouraging better coordination in the patient care pathway.

D'Elbee, M., et al. (2017). "Missions de coopération introduites par la loi "hôpital, patients, santé et territoires" : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* **65**(3) : 231-239.

[BDSP. Notice produite par ORSRA q8R0xr7I. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : La loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" de 2009 a confié aux pharmaciens d'officine des missions axées sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins du patient. Cinq ans après cette loi, nous avons souhaité étudier les conditions de mise en oeuvre de ces missions en Aquitaine. L'objectif était de faire un état des lieux des coopérations en place et d'identifier des freins et des facteurs facilitant, afin de proposer des actions pour améliorer l'engagement dans ces missions. Méthodes : Une enquête par auto-questionnaire a été conduite avec l'aide de l'Agence régionale de santé Aquitaine auprès des pharmaciens titulaires d'officine en juillet 2014. Les informations

recueillies portaient sur les caractéristiques de l'officine, la participation aux différentes missions et les raisons de non-participation. Résultats : Au total, 20% des pharmaciens d'Aquitaine, soit 249, ont répondu à notre enquête. Il s'agissait d'officines majoritairement rurales (46%) ou de quartier (41%), possédant deux pharmaciens (48%). La majorité des pharmaciens (78%) avaient réalisé des entretiens pharmaceutiques avec les patients traités par antivitamine K et se disaient prêts à continuer (87%). L'implication était moins fréquente pour la fonction de pharmacien référent (19%) et les programmes d'éducation thérapeutique du patient (34%). La fonction de pharmacien correspondant restait méconnue pour une grande partie des pharmaciens (85%). Les principaux freins à l'engagement dans ces activités de coopération étaient le manque de temps, la méconnaissance de ces missions et l'absence de rémunération. L'implication des pharmaciens dans les missions différait selon les caractéristiques de l'officine : les pharmacies rurales avec deux ou trois pharmaciens étaient plus souvent impliquées. Conclusion : Les résultats de cette enquête montrent la capacité d'engagement des pharmaciens dans ces missions et suggèrent qu'une meilleure diffusion de l'information et la reconnaissance par une rémunération faciliteraient leur implication. La mise en place des honoraires pharmaceutiques et l'élargissement de la population cible des entretiens pharmaceutiques contribuent à l'évolution des activités réalisées à l'officine et au renforcement de l'engagement du pharmacien comme acteur du parcours de soins du patient.

Haute Autorité de Santé. (2015). Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage. Saint-Denis HAS : 15. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage

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

Gallet, B. et Mattei, J. F. p. (2017). Les coopérations en santé, Rennes : Presses de l'EHESP

La loi de modernisation de notre système de santé (2016), dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé. Des problèmes spécifiques comme les déserts médicaux, ou la continuité de prise en charge entre les acteurs sanitaires et les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne trouveront de solutions que par le développement de partenariats basés sur des outils et méthodes recensés dans cet ouvrage. Ce guide pratique permet aux professionnels de la santé de disposer de repères techniques dans leur action de terrain et aux étudiants de mettre en perspective les problématiques propres à ce domaine en vue de réussir les concours administratifs. Ils trouveront dans cet ouvrage les connaissances de base nécessaires pour analyser les grandes problématiques de ce secteur (notamment sur la gestion des personnels, les détentions d'autorisations d'activité, les GHT...) ainsi que les définitions essentielles des notions fondamentales.

2016

Le Boeuf, D., et al. (2016). "La coordination : un enjeu infirmier. Dossier." Soins(806) : 19-55.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

Participer à la coordination des soins pour la prise en charge globale des personnes fait partie intégrante des activités infirmières. L'appellation "infirmier coordinateur" (IDEc) est désormais souvent utilisée, même si elle recouvre des réalités diverses. Cet article fait le point sur le rôle des infirmiers dans le parcours et la coordination des soins afin d'améliorer la prise en charge des malades.

Sebai, J. (2016). "Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés." *Santé Publique* **28**(2) : 223-234, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9D9Bs. Diffusion soumise à autorisation]. Différents enjeux d'ordre organisationnel, fonctionnel ou structurel ont été à l'origine de la remise en question des fondements de l'ancien système de soin basé sur une segmentation traditionnelle du marché entre médecine de ville et médecine hospitalière, entre secteur sanitaire et secteur social et marqué par une concurrence entre le secteur privé et le secteur public. La reconfiguration actuelle du système de soins se démarque par de "nouveaux" leviers expliqués par le développement d'une nouvelle reconfiguration organisationnelle du modèle sanitaire de premiers recours. C'est dans ce contexte que les structures de soin coordonné (SSC) se sont développées faisant de la coordination la pierre angulaire des relations entre professionnels pour une prise en charge globale, continue et de qualité. Notre contribution se propose de souligner les apports de différentes approches théoriques ainsi que leur contribution dans la compréhension du concept de la coordination dans l'analyse de la spécificité actuelle du domaine de santé.

2014

HCCAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Paris HCAAM : 24, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Longtemps envisagé comme une réponse à la diminution annoncée du temps médical disponible, le développement de la coopération doit être aujourd'hui abordé en termes de service rendu à la population, l'argument démographique ne valant, compte tenu des perspectives de la démographie médicale, que de façon localisée et pour certaines spécialités. Pour le HCAAM, le développement de coopérations propres à structurer la prise en charge ambulatoire de la population et particulièrement la ligne de premier recours doit être envisagé comme un élément d'une transformation systémique, requérant la mobilisation simultanée de différents leviers (formation, reconnaissance professionnelle, organisation, modes de rémunération et de financement). Le HCAAM estime aussi que les évolutions envisagées sont nécessairement incrémentales, ce qui suppose qu'une attention particulière soit apportée à l'ordonnancement des étapes au sein du processus de transformation recherché. La question de savoir s'il convient d'identifier un modèle cible de coopération ou d'en admettre plusieurs, voire de concevoir la possibilité de modèles évolutifs est ici essentielle. Il en est de même de la façon d'articuler l'évolution spontanée des exercices des professionnels de santé, des comportements des malades et les besoins qu'ils expriment, d'une part, avec les orientations qui sont retenues et les moyens qui sont mis à leur disposition d'autre part. La contrainte financière globale doit enfin être prise en compte tout au long de la montée en charge.

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

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut

Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 1 à l'avis dresse un état des lieux des dispositifs de coopération en France : médecin traitant, profession d'infirmière, délégation de soins, le regroupement des professionnels de santé, asalée...

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

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

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

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

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

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

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

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

Ors (2014). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins

généralistes des Pays de la Loire. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, 4 fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_integration_infirmiers_10.pdf

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux des Pays de la Loire, en partenariat avec le Ministère chargé de la santé (Drees) et cofinancé par l'ARS, la Drees et l'URPS-ml. Elle analyse l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire concernant l'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques. Ces résultats proviennent du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. L'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques est expérimentée depuis plusieurs années, en particulier dans le cadre du protocole ASALÉE. Ce protocole, qui peut concerner les diabétiques de type 2, les patients à risque cardiovasculaire, les fumeurs à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les personnes âgées, s'étend aujourd'hui dans plusieurs régions, dont les Pays de la Loire.

Higounenc, C. et Lattes, J. M. (2014). "Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés." *Droit Social*(7/8) : 661-667.

Les relations hiérarchiques entre médecins et infirmières ont longtemps été régies par le seul cod de la santé publique. L'évolution des services de santé au travail pour mesurer l'impact de la loi du 20 juillet 2011 sur les relations professionnelles souvent complexes qui peuvent se mettre en place dans le monde de l'entreprise.

Massin, S., et al. (2014). "Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers." *Etudes et Resultats (Drees)* (873) : 8.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/Etudes/Resultats/2014/873/er873.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I9oR0xq9. Diffusion soumise à autorisation]. Les conditions d'exercice de la médecine générale connaissent d'importantes évolutions. La quasi-totalité des médecins interrogés fin 2012 déclarent avoir adhéré à la Rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par l'Assurance maladie en janvier 2012, et 80 % d'entre eux pensent pouvoir en remplir les objectifs. En revanche, ils sous-estiment la rémunération que ce dispositif leur permettrait de recevoir. Un tiers d'entre eux se déclare favorable à des coopérations avec un infirmier. Ce résultat est très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération est nettement mieux acceptée dans le cas où l'auxiliaire médical serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Les tâches relevant des compétences réglementaires du médecin, comme les prescriptions, seraient moins volontiers confiées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

2013

Cordier, A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages ». Paris Ministère chargé de la santé : 108.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000632.pdf>

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

en compte dès le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) déposé au Parlement en octobre.

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

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

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

2012

ONDPS (2012). Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions. Paris ONDPS : 95, tabl., cartes, annexes.

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

Dans un contexte de forte évolution démographique de la profession, accompagnée d'importantes disparités géographiques ainsi que d'une importante augmentation de la demande, l'orthophonie s'exerce sous de statuts et des modes d'exercice variés : en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé ; toutefois, les différences de pratiques et de conditions de travail selon les lieux d'exercice et les statuts ne sont pas forcément bien connues. Il en est de même des relations des orthophonistes avec les prescripteurs ou avec les autres professionnels de la rééducation. Aussi cette étude s'est-elle attachée à analyser la diversité des pratiques et les relations qui s'instaurent entre les différents professionnels qui interviennent auprès du patient dans le même champ, à savoir les déficiences et troubles de la communication humaine, afin d'apprécier la nature et la spécificité du rôle et des interventions des orthophonistes, d'identifier les attentes que développent les plus jeunes à l'égard de l'exercice de ce métier, enfin d'étudier les différents facteurs qui pourraient faire évoluer les rôles : modalités de la formation, évolutions techniques, possibilités nouvelles d'exercice, évolutions statutaires, réglementaires et organisationnelles. (résumé de l'éditeur).

2010

Berland, Y., et al. (2010). "Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux." Actualite Et Dossier En Sante Publique(70) : 16-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9DHR0xDr. Diffusion soumise à autorisation]. La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs. Le processus en cours soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël Moret-Bailly. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud.

Bourgueil, Y. (2010). "Coopérations entre professionnels : les grandes lignes d'une réforme." Actualite Et Dossier En Sante Publique(70) : 14-15.

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui de coopération interprofessionnelle ? Quels sont les enjeux soulevés par l'évolution des métiers de la santé ? Que peuvent nous apprendre les expériences des autres pays ? Que sait-on des pratiques réelles ? Pourquoi de expérimentations en France ? Quelles en sont les enseignements ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? Autant de questions qui seront explorés dans ce dossier.

Bourgueil, Y. (2010). "Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification." Actualite Et Dossier En Sante Publique(70) : 30-32.

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute autorité de santé.

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

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000622.pdf>

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

Mousques, J., et al. (2010). Effect of a french experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Document de travail Irdes ; 29. Paris Irdes : 17.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT29EffectExperGenePractiNursesDiabetPatientsCare.pdf>

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de travail en équipe entre des infirmières et des généralistes (l'expérimentation ASALEE), dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle s'appuie sur un design cas/témoin dans lequel nous comparons l'évolution des résultats de soins en termes de processus (procédures standards de

suivi) et de résultat final (le contrôle glycémique), ainsi qu'en termes de coûts. Cette comparaison est réalisée entre deux périodes consécutives et entre des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation (le groupe d'intervention) ou dans le groupe témoin (le groupe contrôle). Nous montrons qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE, comparés à ceux du groupe témoin, ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis en termes d'indicateurs de processus (OR compris entre 2.1 à 6.8, $p < 5\%$), ainsi qu'en termes de contrôle glycémique (OR compris entre 1.8 à 2.7, $p < 5\%$). Ces derniers résultats sont obtenus uniquement lorsque les patients ont bénéficié au moins une consultation infirmière d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques en complément du rôle classique des infirmières dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, c'est-à-dire la mise à jour des dossiers médicaux informatisés avec l'inscription éventuelle de rappels informatiques à destination des généralistes.

2009

Bergoignan-Esper, C. (2009). "Analyse. Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques." Gestions Hospitalières(489) : 481-486.

[BDSP. Notice produite par EHESP JHDR0xo9. Diffusion soumise à autorisation]. La coopération de l'ensemble des acteurs de santé est présente tout au long du texte ambitieux de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 : agences régionales de santé, nouvelle gouvernance hospitalière, intensité du maillage territorial sanitaire... Ces textes forts sont destinés à rénover pour les années à venir la politique de santé du pays. L'auteur fait le point sur les formes actuelles de coopération, leurs améliorations, leurs points faibles, les espoirs et l'intérêt de chacune.

Levy, D., et al. (2009). "Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires en France." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales 49(2) : 167-203.

[BDSP. Notice produite par OBRESA 7E9JR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. En 2004, deux enquêtes entreprises par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM) mettent en lumière la surcharge de travail des professions para-médicales : 31 % des infirmières libérales interrogées déclarent que " leur charge de travail est trop lourde ". Du côté des masseurs kinésithérapeutes libéraux, 65 % des enquêtés estiment que "leur charge de travail est certainement suffisante". Un an plus tard, une autre enquête conduite auprès des médecins libéraux, laisse voir que 9 % des généralistes et 29 % des spécialistes éprouvent de " grandes difficultés à trouver du personnel auxiliaire pour les aider ". [...] De cette étude une simulation de délégation de tâches a été élaborée. Il s'agit d'opérer des calculs en partant d'hypothèse sur la durée de travail des médecins, le pourcentage d'infirmières (ou de kinés) qui acceptent les tâches qui leur sont transférées et le nombre d'heures supplémentaires que chaque " infirmière (ou kiné) acceptant " veut bien accomplir chaque semaine en plus de son horaire habituel. [...] Ainsi, pour obtenir des succès significatifs, une action cherchant à promouvoir la délégation des tâches devrait s'accompagner de très généreuses incitations et, avant tout, d'incitations financières. On peut, à ce stade, s'interroger sur la pertinence de toute la démarche compte tenu de l'escalade actuelle des dépenses de santé et du risque qu'elle représente pour la pérennité du système de protection sociale d'aujourd'hui. Par ailleurs, la simulation fait apparaître deux paradoxes de taille. Le premier se rapporte à la charge de travail du corps médical. Lorsque cette charge est lourde ("52" heures), son allègement est faible, en tout cas bien plus faible que quand elle est légère ("39" heures). En d'autres termes, la délégation des tâches n'obtient que des résultats homéopathiques quand on en a le plus besoin. L'explication vient de la constance du stock des receveurs (les infirmières ou les kinés) alors que la charge de travail des médecins s'avère plus lourde. L'autre paradoxe vient de la différence entre les régions au nord de la Loire et celles qui sont au sud. Dans les dernières, la densité médicale est généralement plus élevée et la charge de travail par médecin moins importante qu'au nord de la Loire. Mais c'est dans les régions du sud que la simulation enregistre les résultats les moins modestes pour la délégation des tâches. Dans ces régions méridionales, le nombre d'infirmières par médecin est bien plus élevé qu'au nord, et ceci explique cela. Ici encore, la simulation montre que la délégation des tâches risque de conduire à des résultats décevants dans les contrées où elle serait la plus nécessaire. (Extrait Résumé d'auteur).

2008

HAS (2008). Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante. Guides méthodologiques : 27, tabl.

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/guide_methodologique_pour_la_realisation_d_un_cahier_des_charges.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS BR0xn9pA. Diffusion soumise à autorisation]. L'intégration de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante se traduit par une transformation des fonctionnements et des pratiques en place. Il est donc important de se donner les moyens d'une gestion de projet de qualité. Ce guide repose entièrement sur le vécu des professionnels qui ont pris part aux expérimentations de nouvelles formes de coopération citées dans l'arrêté de mars 2006.

HAS (2008). Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques. Saint Denis Haute Autorité de santé : 112, ann.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

Les coopérations entre professionnels de santé prennent place dans un contexte juridique caractérisé par un certain nombre de contraintes, dont l'une des conséquences a, notamment, été l'obligation de prévoir, dans une loi, et non dans un acte réglementaire, la possibilité des expérimentations de nouvelles formes de coopération. La deuxième partie du rapport est donc consacrée à cette question (2). Il ne faudrait, cependant, pas croire que le système n'est constitué que de contraintes. Celui-ci comprend, en effet, un certain nombre de marges d'initiative et de possibilité laissée aux acteurs, qui sont abordées dans la troisième partie, consacrée aux libertés qu'offre le système (3). La prise en compte de ces deux caractères permet, ensuite, de produire une analyse des différents modèles d'organisation des professions de santé actuellement à l'œuvre en droit français, ainsi que d'effectuer un certain nombre de propositions d'évolution (4). Le rapport se termine, d'une part par une synthèse des orientations proposées (5), d'autre part par une série d'annexes (6).

HAS (2008). Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade. Rapport de synthèse. Enquêtes et études : 119.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS H9ER0xr8. Diffusion soumise à autorisation]. Entre décembre 2003 et octobre 2007, 15 expérimentations visant à apporter des éléments de réflexion détaillés sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de redéfinition de ces contours ont été menées en France. Ces expérimentations (qui se sont déroulées en deux vagues successives) se sont inscrites dans des démarches volontaires devant déboucher sur des résultats évaluables portant notamment sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés.

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

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

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

Bourgueil, Y., et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Rapport Irdes ; 1733. Paris Irdes : 143, tabl., graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique. La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs. Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'assurance Maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

Bourgueil, Y., et al. (2008). "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (136) : 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe, associe, dans le département des Deux-Sèvres, 41 médecins généralistes et 8 infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Lancée en 2004, elle représente la seule expérimentation de coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie. Les modalités de l'étude imposent toutefois que ces résultats soient confirmés par des analyses complémentaires.

Dang, Han Doan, B. et al. (2008). "The Task Delegation Issue: Scenarios for the French Sector of Ambulatory Care." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales 48(2) : 307-324.

[BDSP. Notice produite par OBRESA FGJR0xDD. Diffusion soumise à autorisation]. De toute évidence, une délégation de tâches implique qu'il y ait d'un côté des " donneurs de tâches " et de l'autre, des " receveurs des mêmes tâches ". En 2004, une enquête entreprise parmi les infirmières libérales en exercice en France métropolitaine révèle que sur 10 d'entre elles, 3 déclarent que leur charge de travail est " trop lourde ". A la même date, les deux tiers des masseurs-kinésithérapeutes libéraux pensent que leur charge de travail est " sûrement suffisante ". Au printemps 2005, une autre enquête montre que 9% des omnipraticiens et 29 % des médecins spécialistes déclarent qu'ils rencontrent des difficultés à trouver du personnel pour les assister dans leur travail. En partant de l'hypothèse (plausible) que les infirmières ayant une charge de travail trop lourde n'acceptent pas de tâches supplémentaires, un modèle de simulation montre que dans l'état actuel de choses, des mesures visant à promouvoir la délégation des tâches n'obtiendraient que de maigres résultats. Là où le corps médical n'est pas surchargé, son temps de travail hebdomadaire n'accuserait qu'une réduction de 0,7 % à 3,1 %. Lorsque la pénurie médicale s'aggrave et que les médecins doivent faire face à une activité intense, l'allègement, paradoxalement, serait encore plus faible, entre 0,5 % et 2,3 %. (Résumé d'auteur).

2007

Vallencien, G. (2007). "La concurrence entre les métiers." Seve : Les Tribunes De La Sante(15) : 95-96.

La nouvelle médecine impose un réexamen des métiers et sans doute l'émergence de nouvelles professions. Le système de santé tarde à s'y préparer. Cet article aborde des expériences de délégation de soins tentées dans les pays anglo-saxons sans pour autant baisser la qualité des soins.

2006

Berland, Y. r. et Bourgueil, Y. r. (2006). Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Paris ONDPS : 69, tabl., schann.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

Ce document est un rapport d'étape d'une démarche 'expérimentation initiée en décembre 2003 visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé. La mise en oeuvre de ces expérimentations a suscité de nombreux débats et sollicitations de la part de multiples acteurs du champ de la santé désireux de faire valoir leurs expériences et pratiques de terrain. Les réactions des organisations professionnelles et syndicales aux projets inscrits dans le cadre des expérimentations ont mis en lumière, les craintes mais aussi les attentes vis à vis d'une évolution des rôles et des responsabilités. Nous avons pu, à cette occasion, constater l'importance des initiatives et des projets visant à redistribuer les rôles et les tâches entre professionnels pour faire face à une augmentation mais aussi à une évolution de la demande de soins. Paradoxalement, a contrario de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres

Bourgueil, Y., et al. (2006). Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. Rapport Irdes. Paris IRDES : 257.

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison européenne et canadienne de la coopération entre médecins généralistes et infirmières permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération et d'analyser ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Buff, A. (2006). Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations. **DESS en Economie et Management de la Santé** : 50.

https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_ECD835DFD655.P001/REF

Ce mémoire s'intéresse au transfert ou délégation de certaines tâches d'une catégorie de professionnels de santé vers une autre catégorie. Il s'agit d'une part d'élaborer un état des lieux des connaissances théoriques existantes concernant la délégation/substitution de tâches entre professions de la santé, et de ses enjeux. D'autre part, il sera examiné, de manière non exhaustive, des exemples d'expérimentations de transferts de compétences réalisées sur le terrain.

Paul, C. (2006). La délégation de taches en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie. Rouen Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. Rouen. FRA. **Thèse pour le Doctorat en**

médecine : 99.

Motivé par la crise démographique médicale et une réalité comptable, la France s'ouvre peu à peu à la délégation de certaines activités vers d'autres professionnels. Aujourd'hui, les infirmières paraissent les plus à même d'assurer ces nouvelles fonctions, au sein des soins primaires. Les systèmes anglo-saxons nous prouvent qu'elles peuvent s'y investir efficacement dans la promotion de la santé, la surveillance de pathologies chroniques ou les consultations de première ligne. Ce travail permet de connaître l'avis des médecins généralistes français concernant le développement d'un tel système dans leur pratique courante. La délégation s'exerçant à l'étranger au sein de structures pluri-professionnelles, nous avons interrogés les médecins normands et picards exerçant en groupe ou associés à des infirmières. Ceux-ci semblent prêts à déléguer des actions d'éducation à la santé, la gestion des vaccinations, le dépistage de masse des cancers du sein et du côlon, le suivi de pathologies chroniques stabilisées ainsi que la réception et l'analyse d'appels téléphoniques. Néanmoins, ils semblent plus réticents que leurs homologues anglo-saxons, quant au nombre de consultations qu'ils délègueraient en pratique. Nous ne pouvons répondre à la question de savoir si la qualité des soins et la qualité de vie des patients seront meilleures pour un coût identique voire moindre. Nous pouvons par ailleurs mesurer les évolutions nécessaires au développement d'un tel système, tant au niveau de la formation et du cadre législatif qu'au niveau du financement (résumé d'auteur).

2003

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

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>

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

2002

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

Ce rapport sur la démographie médicale en France rend compte des résultats de la Mission Démographie des Professions de santé. Bien qu'il constate qu'il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé qu'actuellement, il souligne, pour les années à venir, des risques de pénuries géographiques et disciplinaires, puisque le numerus clausus 2002 estimé à 4700 aurait pour conséquence de diminuer de 20 % le nombre des médecins. De plus, le vieillissement de la population

et le consumérisme médical ne cessent d'accroître la demande de soins. Paradoxalement, le rapport note qu'à côté d'un sursurcroît provisoire, "de forts contrastes géographiques" apparaissent. Si les zones urbaines ont une forte densité médicale, les zones péri-urbaines et rurales sont sous-médicalisées. Plusieurs voies d'exploration sont proposées pour pallier à cette évolution : la mise en place d'incitations financières pérennes, la création d'un collaborateur salarié et la multiplication des autorisations d'exercice en cabinet secondaire. Mais il faudrait lutter contre l'isolement du médecin en zone rurale notamment par la télé-médecine, en permettant un maillage des zones concernées par un réseau à haut débit facilitant le transport rapide d'informations et d'images numérisées.

2001

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

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

LES FILIERES DE SOINS : DU RESEAU DE SOINS COORDONNES AU PARCOURS DE SOINS

Les réseaux de soins coordonnés

2021

Vignerou, E. (2021). "L'hôpital de proximité, un allié dans la guerre." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) (36) : 5.

<https://cahiersdesante.fr/editions/36/lhopital-de-proximite-un-allie-dans-la-guerre>

Avec sa vision de géographe et d'historien, l'auteur montre que la lutte contre l'actuelle pandémie de Covid-19, pour réussir, nécessiterait un véritable maillage du territoire par un réseau de soins gradué et coordonné et la mise en place de véritable système de prévention et d'éducation à la santé.

2020

INC (2020). Plan cancer 2014-2019 : Plan cancer : Sixième rapport au président de la République - Mars 2020. Paris Institut National du Cancer : 56.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Sixieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Mars-2020>

Pilote de la mise en oeuvre du Plan cancer 2014-2019, sous la responsabilité des ministres chargés de la santé et de la recherche, l'Institut national du cancer présente au président de la République les principales réalisations obtenues avec ses partenaires dans cette sixième année. Avec cette dernière année du troisième Plan cancer, la persévérance de l'ensemble des acteurs, locaux et nationaux, a permis de réaliser près de 90 % des jalons du Plan.

Bonzom, F., Chabotier, C., Gasser-Metz, C., et al. (2020). Mieux accompagner les professionnels de santé : Quelle coordination territoriale et quels outils pour une structuration efficace des soins de ville ? Saint-Etienne EN3S : 59, tab., fig., annexes.

[...] Face aux mutations de la demande de soins en France et aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont instauré des dispositifs de coordination ayant vocation à favoriser une pratique médicale collective et pluriprofessionnelle. [...] Malgré ces efforts, le déploiement de l'exercice coordonné reste inachevé en raison d'un isolement relatif des professionnels de santé et d'une offre d'accompagnement institutionnelle imparfaite. [...]. Dans ce contexte, le présent rapport a pour objet de proposer des solutions afin de favoriser le déploiement de l'exercice coordonné sur l'ensemble du territoire. Il s'attache à ce titre à envisager des axes d'amélioration, notamment en offrant d'une part un accompagnement adapté aux besoins des professionnels de santé et en faisant évoluer d'autre part la culture des acteurs institutionnels d'une posture de contrôleur payeur à celle d'accompagnateur.

Gandre, C., Beauguitte, L., Lolivier, A., et al. (2020). "Care Coordination for Severe Mental Health Disorders: an Analysis of Healthcare Provider Patient-Sharing Networks and their Association with Quality of Care in a French Region." *Bmc Health Services Research* **20**(548) : 1-15.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298939/pdf/12913_2020_Article_5173.pdf

For patients with multiple and complex health needs, such as those suffering from mental health disorders, outcomes are determined by the combined actions of the care providers they visit and their interactions. Care coordination is therefore essential. However, little is known on links between hospitals providing psychiatric care and community-based care providers which could serve as a basis for the creation of formal mental care networks supported by recent policies. In this context, we first aimed to identify and characterize existing types of healthcare provider patient-sharing networks for severe mental health disorders in one French region. Second, we aimed to analyse the association between their characteristics and the quality of the care they provide.

Launois, R. (2020). "Article 51 : évolution ou révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* **7**(1) : 3-20.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-1-page-3.htm>

Les sous-ensembles organisés de professionnels de santé se sont multipliés au cours de la dernière décennie, mais leurs conditions de fonctionnement demeuraient aléatoires. En l'absence de financements globalisés et transversaux, leur pérennité était subordonnée à l'enthousiasme de leurs créateurs. Le maintien de cette médecine artisanale n'est plus à même de faire face aux problèmes que pose l'émergence des maladies chroniques. Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de constituer des équipes structurées et coordonnées autour du malade. Le service médical rendu aux malades doit être au centre du débat. Il est la seule finalité qui permette de transcender les légitimes antagonismes professionnels. Il est le concept opérationnel autour duquel doivent se créer les groupements de professionnels de santé. Seuls, ces groupements, sont capables d'améliorer le service rendu au malade et de renforcer l'efficacité des soins. L'expérimentation en vie réelle des réseaux Groupama et Resalis mis en place au cours des années 2000 dans le cadre des ordonnances Juppé ont démontré que l'exercice coordonné en médecine de ville avait une véritable valeur ajoutée. Cette coordination, si elle entraîne une saine émulation sur le plan de la qualité, n'est pas suffisante pour rationaliser le système puisqu'elle n'introduit aucun nouveau critère d'économicité dans les choix. Il convient d'inverser les incitations en introduisant des financements globalisés per capita et en les complétant par des mécanismes appropriés d'intéressement collectif.

Lautman, A. (2020). "L'avenir de l'Ehpad est au domicile : expérimentation d'un dispositif d'accompagnement renforcé au domicile dans le cadre de l'article 51." *Regards* **57** : 187-194.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-187.htm>

La transition démographique va provoquer un accroissement significatif de la population en perte d'autonomie, renforcé à partir de 2030 avec l'arrivée au « grand âge » de générations nombreuses.

Cette évolution implique dès aujourd'hui une profonde adaptation de l'accompagnement des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement, afin de mieux répondre à leurs attentes et à celles de leurs aidants. Pour avancer sans attendre, la Mutualité Française s'est associée à la Croix-Rouge et au groupe Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV) pour co-construire une offre, modulable, à domicile, permettant d'éviter ou de retarder au maximum l'entrée en institution. Il s'agit bien de permettre le libre choix des personnes concernées. Cet article présente les grandes lignes de cette expérimentation « Dispositif d'accompagnement renforcé à domicile » qui a été proposée dans le cadre de l'article 51 et qui vient d'obtenir un avis favorable des services du ministère de la Santé.

Malatre-Lansac, A., Docherty, M., Kasparian, N. A., et al. (2020). Santé mentale : faire face à la crise. Paris Institut Montaigne : 142P.

<https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-mentale-faire-face-la-crise>

Les impacts psychiatriques de la pandémie du Covid-19 vont sans aucun doute constituer l'un des grands défis sanitaires et sociaux des prochaines années. Alors qu'un Français sur cinq est touché chaque année par un trouble psychiatrique, l'accès aux soins est extrêmement difficile. À peine la moitié des personnes souffrant de troubles psychiques est aujourd'hui prise en charge, avec une qualité de soins très inégale. Plusieurs raisons à cela : des ressources mal réparties sur le territoire, des délais d'attente très longs, des barrières financières, mais aussi des cloisonnements forts entre médecine somatique, psychiatrie et médico-social, ainsi qu'une forte stigmatisation. Pour répondre à ces défis, cette étude propose de reconnaître le rôle essentiel des médecins généralistes et des pédiatres dans la prise en charge des troubles fréquents et leur donner des moyens à la hauteur des enjeux, en favorisant notamment les collaborations entre professionnels et le partage d'information grâce au digital. En initiant une prise en charge innovante et collaborative des troubles les plus fréquents, elle ouvre la voie à une approche centrée sur les patients, à moins de stigmatisation et à un meilleur accès aux soins. Cette étude s'appuie sur les travaux scientifiques menés depuis plus de vingt ans sur ce sujet et sur de nombreux échanges de terrain avec des médecins de premiers recours, des patients, des psychiatres et des psychologues en France comme aux États-Unis.

2019

Bourgueil, Y. (2019). "Soins de proximité : quels enjeux ?" *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(107) : 18-21.

Réorganiser les soins de premiers recours passe par une transformation des modes de rémunération, la création de nouveaux métiers et la mise à la disposition d'outils permettant la coordination des soins et l'accompagnement des patients. Cet article porte une analyse sur l'ensemble de ces aspects.

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

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

2018

Gandre, C. (2018). "Analyse de réseau pour l'étude des réseaux de professionnels et d'établissements de santé (Sunbelt 2018)." *Analyse De Reseaux Pour Les Sciences Sociales* : 1-14.

https://arshs.hypotheses.org/files/2018/10/2018_actu03_gandre.pdf

L'analyse de réseau est une approche méthodologique qui peut être mobilisée dans de nombreux domaines de recherche. Néanmoins, elle n'est que peu développée dans le champ de la recherche sur

les services de santé, bien que les phénomènes relationnels à étudier y soient nombreux. Par ailleurs, les données nécessaires à l'étude de ces phénomènes, telles qu'en particulier les données de consommation de soins ou de prise en charge sanitaire, sont de plus en plus recueillies en routine et mises à disposition des chercheurs et chercheuses. Elles présentent en outre l'avantage d'être rapidement mobilisables à moindre coût et à grande échelle, ce qui les distingue fortement des données d'enquête très souvent utilisées dans d'autres champs d'application de l'analyse de réseau. Ces données nouvellement disponibles sont majoritairement de deux types : d'une part, les données des dossiers médicaux électroniques (electronic medical records, EMR) partagées entre plusieurs professionnels de santé et d'autre part, les données de remboursement de soins (health claims data). Ces données peuvent notamment être mobilisées pour étudier les réseaux de professionnels et d'établissements de santé. Il peut s'agir de réseaux formels dans le cadre desquels les professionnels et établissements collaborent selon un cadre défini. C'est par exemple le cas des modèles de soins intégrés ou des accountable care organisations (ACO) aux États-Unis qui sont des organisations sous contrat avec des financeurs publics ou privés qui coordonnent plusieurs producteurs de soins intervenant dans différents secteurs. Il peut également s'agir des réseaux informels, tels que des réseaux de partage d'informations et de collaboration entre professionnels. L'application de l'analyse de réseau pour l'étude de ce type de réseaux a fait l'objet de deux sessions lors de la 38ème conférence Sunbelt qui s'est tenue à Utrecht aux Pays-Bas du 26 juin au 1er juillet 2018.

2017

Durand, N., et al. (2017). Les réseaux de soins. Paris l'gas : 161, tab., graph., fig.

L'lgas a été saisie en 2016 d'une mission d'évaluation des réseaux de soins, conformément à la Loi 'Le Roux' du 27 janvier 2014. Ces réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaire et des professionnels de santé. Ces derniers s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations, avec des garanties de qualité ou de service associées. Ces réseaux de soins n'ont véritablement pris leur essor qu'au milieu des années 2000, avec la création de « plateformes de gestion » : CarteBlanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane. En 2016, 45 millions d'assurés avaient potentiellement accès à ces réseaux, qui regroupent, chacun, plusieurs milliers de professionnels de santé (optique, aides auditives, dentaire notamment). Au cours de ses investigations, la mission a rencontré l'ensemble des acteurs concernés au niveau national et en régions (près de 200 personnes). Ce rapport établit ainsi, pour la première fois, un bilan approfondi des réseaux de soins : parts de marché ; conséquences pour les patients en termes d'accès aux soins et de reste à charge ; impacts sur les prix pratiqués par les professionnels, etc

Ourabah, R. (2017). "Les réseaux de soins informels." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **200**(4-5) : 771-777.

Le médecin généraliste construit autour de lui un réseau informel de soins composé de correspondants spécialistes, de structures d'hospitalisation, d'auxiliaires médico-sociaux. Les déterminants du choix de tous ces correspondants sont la réputation, l'accessibilité géographique et temporelle, la qualité de la communication et du retour d'information, l'absence de concurrence et la collaboration décisionnelle. A ces éléments, il faut rajouter les désirs des patients et la qualité de la relation que ceux-ci nouent avec les correspondants. Cet article analyse ce réseau informel, qui fait la qualité et l'originalité de chaque praticien.

2015

Hervouet, L. (2015). "Coordonner pour faire évoluer la relation thérapeutique : étude des "rapports sociaux d'usage" dans les réseaux de santé." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(6) : 335-345, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xF98nD. Diffusion soumise à autorisation]. La question de

l'évaluation des réseaux de santé a été documentée par des travaux qui étudient les effets de la coordination principalement auprès des professionnels de santé. Cet article propose de se placer du point de vue des malades, en se demandant dans quelle mesure les réseaux de santé contribuent à la mutation de la relation thérapeutique vers un modèle "partenarial et équilibré" (Routelous, 2005) incarné par la figure de l'utilisateur. Pour ce faire, nous nous intéressons au cas des réseaux de santé en oncologie et nous adoptons une démarche qualitative, mobilisant des entretiens semi-directifs (54) auprès de membres professionnels de réseaux de santé, de malades atteints de cancer et de proches de malades. En nous appuyant sur l'approche en termes de "rapports sociaux d'usage" proposée par M. Chauvière, nous montrons que l'utilisateur n'est pas une catégorie administrative neutre. La relation d'usage est fondée sur un échange : le réseau contribue à l'autonomisation de l'utilisateur en lui octroyant des ressources notamment informationnelles et, en retour, l'utilisateur est une source de légitimation pour le réseau lorsque ce dernier s'exprime au nom du bien-être de l'utilisateur. L'ambiguïté de la référence à l'utilisateur est finalement mise en évidence, entre source d'émancipation d'une part et contrôle social à travers la norme de participation de l'utilisateur d'autre part.

Moisi, L. (2015). Place du réseau AGEF dans le territoire de santé de l'Est parisien. Etat des lieux et évolutions futures. Paris Université Pierre et Marie Curie, Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine. Paris. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 166, tab., graph., fig.

<http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/moisi-these.pdf>

La prévention des hospitalisations intempestives et de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes impose une réflexion sur de nouveaux modes d'organisation des soins. Le premier objectif était d'établir les fonctions actuelles du réseau AGEF, qui intervient auprès des patients de plus de 60 ans sur l'Est parisien, de manière régulière ou ponctuelle lors des sorties d'hospitalisations précaires. Le second était d'en étudier les évolutions futures en s'appuyant sur les directives officielles et les avis des intervenants du réseau.

Prot, M. (2015). Ressenti et attentes des aidants naturels de personnes âgées prises en charge par le réseau de santé du Sud-Meusien. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 330, tab., graph., fig.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732827/document>

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

Vayssette, P. (2015). "Les réseaux de santé ont leur grille d'auto-évaluation." *Reseaux Sante & Territoire*(60) : 31-33.

Cet article présente la grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Cet outil vise à les aider à évoluer

pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires, en cohérence avec les orientations des agences régionales de santé (ARS). sur l'organisation des fonctions d'appui. Celles-ci l'utiliseront vraisemblablement dans leurs arbitrages sur les financements de réseaux de santé et le déploiement des plates-formes d'appui d'ici à fin 2015.

2014

Grumillier, M. A. (2014). Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 94, tab., graph., fig.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733248/document>

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

2013

Jaffiol, C. (2013). "Le réseau Diabète Narbonne : un exemple de pluridisciplinité au service des diabétiques." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **197**(8) : 1557-1558.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Le réseau AUDIAB de Narbonne dirigé par les docteurs J.P. Courèges et J.P. Olive associe médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières, podologues, diététiciens et un secrétariat. Les diabétiques acceptent librement de participer au réseau à condition de respecter certaines règles. Leur engagement se fait sans sélection préalable en fonction de leur situation socio-économique. Les séances d'éducation ont lieu en hospitalisation de jour. 126 diabétiques (67,1fi 8,9 ans, 77 H) suivis en réseau ont été comparés à 163 diabétiques (60,9 ans, 64 H) suivis hors réseau. Ont été comparées entre les deux groupes les conditions de vie socioéconomiques et alimentaires, les données de santé, les caractéristiques et la prise en charge du diabète, le vécu de la maladie. Cette comparaison a concerné l'ensemble des sujets puis spécifiquement les précaires et non précaires. Le degré de précarité a été évalué par le score EPICES. L'exploitation statistique des données a recouru aux tests paramétriques usuels et à une analyse multi variée lorsque cela était nécessaire.

2012

(2012). "Arespa : appui aux médecins et aux familles." Reseaux Sante & Territoire(44) : 24-25.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

De nombreux réseaux de santé interviennent en région franc-comtoise. Comme ailleurs, des évolutions sont en marche et, depuis plusieurs mois, la fédération régionale des réseaux, faute de moyens, a cessé de fonctionner. Arespa est l'un des réseaux de la région qui a fait le choix de se concentrer sur la coordination d'appui de situations complexes. Une démarche soutenue par l'Agence régionale de santé de Franche-Comté.

Chaux, C., et al. (2012). "Le réseau de santé du Val-de-Saône, une activité polyvalente." Medecine : Revue De L'uniformec 8(4) : 182-185.

La multiplication des spécialités et des technologies, celle des intervenants qui en est résultée, aboutissent souvent à de véritables méconnaissances et cloisonnements entre l'hôpital et la ville, entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professionnels de santé. Cela se fait au détriment du patient, du suivi et de la coordination des diverses interventions, de plus en plus centrées sur la seule maladie, et même sur un moment de cette maladie, en oubliant la nécessaire continuité de soins centrés sur le malade. Ce problème est particulièrement important pour les maladies chroniques, surtout quand apparaît une diversité de besoins, tant sur le plan des soins médicaux que celui des soins d'accompagnement ou de support. Ces constats ont conduit à la création des réseaux de soins. Mais à ce niveau de nouveaux cloisonnements sont survenus également, les réseaux concernant le plus souvent une maladie précise.

2011

Bloch, M. A., et al. (2011). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Paris Fondation de l'Avenir : 240, tabl., graph., fig.
<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00818111v2/document>

Cette étude scientifique réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech pour le compte de la Fondation Paul Bennot propose un état des connaissances internationales sur le sujet, une analyse inédite de la structuration de la coordination en France, et des solutions qui mériteraient d'être développées en termes de dispositifs et de compétences professionnelles.

Bonafini, P. et Nobre, T. (2011). "Un cycle de vie pour les réseaux de santé ? Le cas de la cancérologie." Journal D'economie Medicale 29(1-2) : 47-61, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA J98GR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé constituent une forme de réseaux inter-organisationnels particuliers et sont apparus il y a une vingtaine d'années dans le paysage sanitaire français. Dans le cadre de recherches visant à mieux comprendre leurs modalités de structuration, nous suggérons ici que leur développement peut être décrit dans une acception ontogénique. Nous avons retenu un modèle d'évolution décrit sous le terme générique de cycle de vie pour l'utiliser comme grille d'analyse du changement des réseaux de santé. Cette approche permet de décrire les évolutions structurelles des réseaux mais s'inscrit également dans une optique plus processuelle visant à éclairer les dynamiques de changement organisationnel. Dans ce cadre, nous citerons l'exemple des réseaux de cancérologie français, observé dans une posture particulière de "chercheur". C'est ainsi qu'après avoir rappelé les fondamentaux relatifs à la métaphore du cycle de vie, nous évoquerons le contexte spécifique des réseaux sanitaires et nos observations, issues de l'étude longitudinale de quatre réseaux régionaux de cancérologie. A partir de nos observations, nous proposons un cycle de vie réticulaire qui peut être sérié en cinq phases de préhistoire, création, développement, maturité et enfin déclin. Cette conclusion suggère une approche contingente du pilotage en fonction de ces différentes séquences et serait alors transposable à d'autres organisations en réseau. (résumé d'auteur).

Gallet, B. et Evin, C. p. (2011). La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : à jour de la loi "Fourcade" du 10 août 2011, Paris : Heures de France
http://www.heuresdefrance.com/product_info.php/cPath/52_48/products_id/215

Le développement de la coopération dans le secteur de la santé, considérée dans son acception la plus large, du soin technique à l'action sociale, est un des enjeux majeurs de la prise en charge de demain. Le présent livre propose de recenser de façon précise et argumentée l'ensemble des outils juridiques créés au fil des réformes sanitaires et sociales. L'étude comporte conjointement une réflexion sur les orientations qui requièrent d'être désormais adoptées afin d'en perfectionner le contenu. Il s'agit de favoriser une utilisation optimale de ces outils par les acteurs, promoteurs de réseaux et professionnels en charge du développement de projets de coopération. L'ouvrage, particulièrement documenté, intègre les textes les plus récents, notamment une étude des apports de la loi du 21 août 2009, dite « HPST » et de ses textes d'application, ainsi que de la loi du 10 août 2011, dite « Fourcade ». Sa portée résolument pratique en fait un guide indispensable pour les promoteurs d'actions de coopération et une source d'information précieuse pour toute personne intéressée par la coopération dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Vandendriessche, M. (2011). "Loi Fourcade : un pas vers la coopération professionnelle." Moniteur Des Pharmacies Et Des Laboratoires (Le) (2892) : 10-11.

La loi Fourcade a été définitivement adoptée par le Parlement le 13 juillet 2011. Ce texte modifiant la loi Hôpital Patients Santé et Territoire touche différents aspects de l'exercice officinal. Parmi ces mesures phares, certaines installent plus encore les pharmaciens dans la coopération interprofessionnelle.

2010

Moulle, F. d. et Duhamel, S. d. (2010). Frontières et santé : genèses et maillages des réseaux transfrontaliers, Paris : L'Harmattan

Depuis une quinzaine d'années, la perméabilité des frontières a évolué sous l'impulsion des dynamiques liées à la mondialisation et aux processus macrorégionaux comme le renforcement de l'intégration européenne. Des réseaux transfrontaliers et transnationaux de soins se mettent en place, parfois structurés par des politiques de santé transfrontalières innovantes. Les lieux de consommation de soins sont bousculés par l'ouverture des frontières. Cet ouvrage aborde de manière originale les mutations spatiales liées à l'ouverture des frontières.

2008

(2008). "Les réseaux." Gerontologie Et Societe(124) : 204.

[BDSP. Notice produite par FNG IAopR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce fascicule reprend les communications du colloque "Réseaux de santé, intégration des services gérontologiques : quel modèle d'évaluation ? Apports des expériences internationales pour la construction d'un cadre d'évaluation français". La première journée a permis la présentation d'expériences internationales dont certaines font l'objet d'un article dans cette revue : les expériences québécoises SIPA (Service intégré pour personnes âgées) et PRISMA (Programme de recherche pour intégrer les services pour maintenir l'autonomie), un réseau avec intégration des services et gestionnaire de cas adapté dans un contexte français COPA (coordination pour les personnes âgées), un projet d'implantation du modèle PRISMA en France et un projet d'implantation d'un réseau de soins coordonnés pour personnes âgées en perte d'autonomie à Genève. Le deuxième objectif de ce colloque était de faire un tour d'horizon des méthodes valides pour évaluer l'efficacité des expériences de réorganisation des soins aux personnes âgées. Co-organisée avec François Béland du groupe de recherche Solidage, ayant eu l'expérience d'évaluation du modèle SIPA, la deuxième journée a donc été consacrée à des aspects davantage méthodologiques, quantitatifs comme qualitatifs. (R.A.).

(2008). "Les réseaux de santé gérontologiques marseillais. Une expérience originale." Revue Hospitaliere de France(523) : 64-65.

[BDSP. Notice produite par EHESP nIHAnR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux gérontologiques marseillais ont fait l'apprentissage de leur coordination au sein du comité inter réseaux avant de jouer leur rôle de coordination auprès des personnes âgées. Ils ont d'abord appris à se connaître, à échanger, à mutualiser leurs connaissances et leurs compétences : un préalable à leur action. Ainsi, ils sont nés d'une réflexion qui a mûri durant deux ans. Même si leurs origines sont différentes, deux des réseaux sont adossés à une structure hospitalière, un à une structure de soins privée, le dernier à une association de bénévoles, ils partagent tous la conviction de la nécessité de l'existence d'une structure de coordination afin de maintenir à domicile les personnes âgées fragiles, isolées et présentant des pathologies multiples.

(2008). "Les réseaux de santé, 20 ans après." Revue Sociologie Sante(29) : 371.

En France, les réseaux de santé constituent depuis le milieu des années 1980 une tentative de réponse originale aux cloisonnements du système de santé. Les enjeux de maîtrise de l'information et d'amélioration des processus de communication sont essentiels dans l'affirmation de ces organisations d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. Leur émergence correspond à une approche globale de la santé (complexité). Espaces innovants de recombinaison des positionnements, ils se construisent progressivement par les interactions entre acteurs, à la fois humains et dispositifs techniques, autour de nouvelles pratiques coopératives. L'amélioration de la coordination entre tous les acteurs est déterminante. Après une phase initiale correspondant à la constitution de réseaux d'acteurs sociaux, leur rencontre avec de nouveaux outils relevant des TIC : systèmes d'information et dossiers médicaux informatisés, ouvre de nouvelles perspectives. Leur avenir est néanmoins loin d'être assuré. Le succès de ces espaces de négociation repose sur la construction de la confiance entre tous les acteurs avec une territorialisation de nouvelles pratiques de santé. Leurs enjeux sont représentatifs de ceux de toute notre société.

Acef, S. (2008). "Réseaux de santé et territoires : où en sommes-nous ?" Informations Sociales(147) : 72-81.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC IICIR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Ils agissent en faveur du décloisonnement des secteurs et des interventions. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive. Pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. A partir de leur fonctionnement, il s'agit d'anticiper les changements profonds auxquels notre système de santé est actuellement confronté. (R.A.).

Buttard, A. (2008). "La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale." Journal D'economie Medicale **26**(5) : 283-296, fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA sCR0xl88. Diffusion soumise à autorisation]. L'efficacité du réseau est affirmée par la théorie économique. Pourtant, l'essor du réseau de santé en France reste marginal et très inégal selon les régions et les pathologies prises en charge. Nous soutenons que ce paradoxe est dû aux conditions de son développement dans le système de soins français. Nous partons d'un constat critique qui pointe essentiellement sur le cloisonnement du système de santé. Nous mobilisons ensuite certains fondements théoriques standard et non standard pour dégager les modalités d'une mise en oeuvre pertinente des réseaux de santé. Nous débouchons enfin sur la proposition d'une gouvernance duale pour le réseau : une régulation externe entre la tutelle et l'organisation, sur le mode d'une contractualisation incitative, et une régulation interne sur le mode d'une coopération entre agents, valorisant la confiance et la délibération, précédée néanmoins d'une phase de coercition. (résumé d'auteur).

De, Stampa, M., et al. (2008). "FREGIF. Fédération des réseaux gérontologiques d'Ile-de-France." Gerontologie Et Societe(124) : 109-117, tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG plpR0xC9. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé gérontologiques sont, en France, des innovations organisationnelles récentes et sont en cours de structuration. La FREGIF (Fédération des Réseaux Gérontologiques d'Ile de France) créé en 2007,

regroupe neuf réseaux de santé franciliens et a pour objectifs de renforcer leur coordination et d'homogénéiser progressivement leurs fonctionnements tout en préservant les caractéristiques de chacun. La FREGIF a mis en place plusieurs chantiers sur l'évaluation et le dossier commun partagé, la mutualisation des formations et la rémunération des professionnels. (R.A.).

De, Stampa, M., et al. (2008). "Le modèle COPA-Ancrage pour les personnes âgées fragiles. Un réseau de santé avec intégration des services et gestionnaires de cas adapté au contexte français." Gerontologie Et Societe(124) : 85-93, fig.

[BDSP. Notice produite par FNG CGR0x9HI. Diffusion soumise à autorisation]. Répondre aux dysfonctionnements perçus par les professionnels intervenant auprès des personnes âgées fragiles et dépendantes au domicile est une priorité pour améliorer la qualité de l'aide et du soin de cette population au quotidien. C'est ainsi que le modèle COPA-Ancrage, qui est un réseau de santé gérontologique, a été implanté dans le XVIème arrondissement de Paris depuis 2006. Il se caractérise par un repérage de la population âgée fragile et dépendante, la mise en place d'un guichet unique, l'implantation de la gestion de cas ou les (case managers) travaillent en lien avec les médecins traitants, le renforcement des soins de première (primaires) et deuxième ligne (spécialisés et hospitaliers), la formation commune et un pilotage partagé entre les structures de ville et hospitalières. Un programme d'évaluation avec un groupe intervention et un groupe témoin est en cours pour évaluer l'impact du modèle en terme de qualité des soins, de trajectoires et de pratiques professionnelles. (R.A.).

Dumont, F. (2008). "Etude des déterminants de l'adhésion des médecins généralistes bourguignons à un réseau de santé de proximité en périnatalité." Notes Et Documents(57) : 68.

Devant la multiplication des initiatives bourguignonnes pour la création de réseaux de santé de proximité en périnatalité, et au-delà du cadre législatif mis en place à partir de la dernière décennie, l'auteur s'interroge sur la raison de l'adhésion par les médecins à un réseau de proximité en périnatalité. Cette étude propose une réponse par l'utilisation d'une approche psycho-sociale. Après une présentation des réseaux de santé de proximité en périnatalité en Bourgogne, les objectifs de l'étude puis la méthodologie sont présentés. La partie suivante présente les résultats. Enfin, la dernière partie propose une discussion.

Mauriat, C. (2008). "Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau gérontologique parisien." Gerontologie Et Societe(124) : 165-182.

[BDSP. Notice produite par FNG 98qR0xsF. Diffusion soumise à autorisation]. Afin de mieux connaître le rôle des stratégies d'acteurs professionnels dans l'émergence d'un réseau gérontologique, les auteurs ont mené une enquête qualitative auprès des acteurs impliqués dans le montage d'un réseau, en mobilisant le cadre théorique de l'analyse stratégique de l'action collective. Le principal facteur conditionnant l'émergence du réseau est le contexte local récemment recomposé et particulièrement propice, associé à une dynamique nationale en faveur des réseaux gérontologiques. Viennent ensuite l'importance des ressources des médecins initiateurs du projet, et la possibilité pour eux et pour les autres acteurs moteurs du projet, d'instrumentaliser le réseau afin de développer des stratégies personnelles servant leurs objectifs propres en plus de l'objectif commun annoncé. Bien que l'existence de ces stratégies dites opportunistes puisse se révéler fragilisante pour la pérennisation du réseau, elle a permis l'adhésion motivée des acteurs moteurs et de renforcer la légitimité des médecins initiateurs, et ainsi de renforcer également la crédibilité du réseau dans la phase d'émergence. (R.A.).

2007

(2007). La dynamique des réseaux de santé en Nord-Pas-de-Calais. Lille MRPS : 103, cartes, fig.

Les réseaux de santé constituent une réponse à des situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes. L'ARH et l'URCAM, réunies au sein de la Mission Régionale de Santé, partagent avec les

promoteurs la volonté d'avancer ensemble, et se sont engagés depuis plusieurs années dans une politique active de soutien aux réseaux de santé du Nord - Pas de Calais. Ce document est un état des lieux des réalisations dans cette région.

Bourgueil, Y. et Elbaum, M. p. (2007). Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé : Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum., St Denis : HAS : 261-291.

L'objet de cette note est d'analyser dans un laps de temps court, les enseignements en termes de coopération des professions de santé, des multiples expériences de réseaux qui se sont succédé au fur et à mesure des évolutions de la définition et de la politique des réseaux. (Réseaux villes-hôpital, puis des réseaux « Soubie » puis des réseaux de santé financés dans le cadre de la Dotation Nationale des Réseaux). La note présente trois parties distinctes. La première partie propose un cadre conceptuel global de la coopération permettant d'interroger la contribution des réseaux à la coopération mais permettant également de préciser et distinguer les leviers disponibles entre réorganisation des rôles professionnels et réorganisation des services de soins. La deuxième partie est plus spécifiquement consacrée à la description des travaux d'évaluation des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin la troisième partie discute les principaux enseignements que nous retenons de l'analyse des réseaux et des maisons de santé pluridisciplinaires et propose quelques pistes de réflexion et d'action pour renforcer les différents aspects de la coopération telle que définit initialement.

Boyer, L., et al. (2007). "Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé." Pratiques Et Organisation Des Soins **38**(2) : 111-117.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xrLOQ3. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité et les coûts d'une prise en charge dans le réseau Diabaix et de les comparer à une prise en charge habituelle des patients ayant un diabète de type 2 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, pendant l'année 2005. Elle fait apparaître que le niveau de conformité des pratiques professionnelles était supérieur dans le réseau, sans diminution des coûts par rapport à une prise en charge habituelle.

Collombet, A. et Alfandari, P. (2007). L'hôpital et les réseaux de santé : professionnalisme des consultants, Paris : Economica

Cet ouvrage reprend les communications des dix-neuvièmes journées de l'Isor sur le thème de : l'hôpital élargi : les réseaux de santé. En effet, les établissements publics et privés de santé sont aujourd'hui confrontés à de profonds changements dans leurs systèmes budgétaires et dans leur gouvernance. Cela les amène à développer des partenariats publics ou privés avec l'hôpital, les professionnels de santé et d'autres professions concourant aux activités médicales. C'est pourquoi le positionnement stratégique des hôpitaux, ainsi que la reconfiguration de l'offre de soins, l'élargissement de l'hôpital via les partenariats secteur public/secteur privé, mais aussi les réseaux de santé sont des thèmes très actuels, abordés lors de ces journées.

Escano, G. (2007). "La difficile évaluation des réseaux de santé - Bilan et perspectives 8 ans après les ordonnances "Juppé"." Notes Et Documents(47) : 107.

L'auteur de ce document fait le point sur le concept et les finalités des réseaux de santé avec, au coeur du système de soins, un patient qui n'est pas nécessairement un malade car le système de santé intègre l'éducation sanitaire et la prévention. Ensuite, l'auteur replace les réseaux dans les cadres légaux et réglementaire des "ordonnances Juppé" à la loi "Kouchner" relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en passant par les lois de financement de la sécurité sociale. Il expose également d'autres modalités d'organisation innovante avec l'hospitalisation à domicile, les maisons médicales, les agents de santé, la valorisation du rôle du médecin généraliste.

Fargeon, V. et Brunat, M. (2007). "Les réseaux de santé, quelle évaluation ? Éléments d'analyse à partir d'un réseau de santé gérontologique." Journal D'economie Medicale **25**(4) : 193-206, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA WpLR0x39. Diffusion soumise à autorisation]. L'organisation des prises en charge sanitaires et sociales et les réorganisations des relations entre prestataires de services sont un enjeu important des systèmes de santé. Les réseaux de santé sont apparus en France comme une voie à explorer et à promouvoir pour soutenir ces transformations. Cet article analyse, à partir d'une expérience de réseau de santé gériatrique, l'intérêt d'une évaluation inspirée de l'évaluation des politiques publiques. Une telle démarche permet de rendre compte des difficultés de définition du produit ou des attendus du réseau de santé et de la nature du réseau de santé comme espace d'action collective et d'expérimentation sociale et ainsi d'apprécier sa cohérence, son acceptabilité et sa pertinence (résumé d'auteur).

Poutout, G. (2007). "Les réseaux : acteurs de l'évolution du système de santé." Revue Hospitaliere de France(518) : 64-67.

[BDSP. Notice produite par ENSP cND4R0xL. Diffusion soumise à autorisation]. Après deux articles retraçant la genèse et le développement des réseaux de santé parus dans les numéros précédents (n° 516 et 517), l'auteur poursuit son étude sur les réseaux de santé en s'interrogeant plus particulièrement sur leurs perspectives d'avenir. Alors que les réseaux de santé sont porteurs de modalités de coordination qui dépassent les modèles traditionnels et placent le patient au coeur de leur problématique, force est de constater que cette structure reste encore incomprise par de nombreux décideurs et qu'elle est plus défendue ni gérée au niveau national. Pour dépasser cette situation et envisager l'avenir, il faut en premier lieu, résoudre la question du financement des réseaux. En second lieu, il faut sauvegarder la souplesse de gestion au sein des régions. En troisième lieu, il faut valoriser les perspectives ouvertes par la HAS dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Poutout, G. (2007). "Les réseaux sont-ils solubles dans le système de santé ? La genèse." Revue Hospitaliere de France(516) : 61-65.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBRI5g. Diffusion soumise à autorisation]. L'exigence de coordination, de complémentarité et de continuité se fait de plus en plus pressante. Elle vient de la société civile mais aussi d'une part de plus en plus importante des professionnels de santé : il faut aller au-delà de la performance médicale segmentée, isolée, pour retrouver "l'individu global". Il faut organiser sa prise en charge continue, son accompagnement, au sein de multiples institutions, sociales, médico-sociales et sanitaires en tenant compte de son état pathologique, de sa situation et de son histoire personnelles. Il faut donner de la fluidité, de la lisibilité, de la cohérence au système. Les réseaux de santé sont les témoins et les acteurs de ce mouvement inéluctable. Leur émergence s'effectue par à-coups : adulés un jour, oubliés ou méprisés le lendemain, mis sur piédestal par les uns, suspects pour les autres. Que représentent-ils ? Quel avenir pour eux au sein du système de santé ? Sont-ils condamnés à rester "marginiaux sécant" ou sont-ils solubles dans le système actuel.

Poutout, G. (2007). "Réseaux de santé. 2002-2006 : de la consécration aux incompréhensions." Revue Hospitaliere de France(517) : 46-50.

[BDSP. Notice produite par ENSP B1ajR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Après une première partie consacrée à la genèse des réseaux de santé, parue dans le n° 516 de mai-juin 2007, l'auteur poursuit son étude sur les réseaux de santé en distinguant deux périodes. La première période, de 2002 à 2005, qui peut être qualifiée d'âge d'or, se présente comme une phase de développement actif des réseaux. Les ambiguïtés nées des précédents textes abrogés s'estompent, les moyens financiers sont globalement en adéquation avec les besoins, les incitations à la création de réseaux sont récurrentes de la part des pouvoirs publics et le professionnalisme des acteurs engagés s'accroît. La deuxième période, à partir de 2006, marque un tournant négatif. La publication en septembre du rapport de l'IGAS jette le discrédit sur le financement et le bilan des réseaux, ce qui conduit, la loi de financement de la sécurité sociale 2007 à supprimer le FAQSV et la DDR pour leur substituer un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Doté d'une architecture de gestion complexe, ce fonds rend peu visible les réseaux de santé qui sont noyés au sein de multiples actions.

2006

Barre-Houdart, S. et Ptakhine, E. (2006). "La structuration juridique des réseaux de santé : questions pratiques - juridique." *Filières & Réseaux 2 Santé*(7) : 42-43.

Aborder la question de la structuration juridique des réseaux de santé conduit à poser au préalable deux hypothèses : d'une part le réseau est un sujet de droit, d'autre part la seule enveloppe contractuelle est insuffisante à un réseau pour exister, croître et se pérenniser. Les auteurs, respectivement juristes et avocats du cabinet Houdart, développent d'un point de vue juridique la problématique et analysent les avantages ou limites des différentes formes de statut juridique.

Bercot, R. et De, Coninck, F. (2006). *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris : L'Harmattan

Permettant d'assurer une médecine économique, proche du malade et conviviale, les réseaux de santé apparaissent comme l'objet idéal et pourtant ils ne se développent que lentement. A partir de cas concrets, il s'agit donc de faire le tour des obstacles institutionnels, des hiérarchies professionnelles implicites et des enjeux organisationnels. Lorsque ces obstacles sont surmontés, de nouvelles pratiques apparaissent et le malade prend plus de place dans le soin. Il est considéré comme un acteur à accompagner.

Blemont, P. et Baudier, F. (2006). "Réseaux de santé en Franche-Comté : Evaluation-Orientations." 44, tabl., graph., carte.

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté s'est engagée dans une politique active de soutien aux réseaux de santé. L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté, réunies au sein de la Mission régionale de santé (MRS), présentent, dans ce document, un premier bilan et définissent des axes de développement pour les années à venir. Ils ont été élaborés à la suite des échanges qui ont eu lieu lors d'un séminaire de travail (octobre 2006) préparé avec la Fédération des réseaux de Franche-Comté. Ce dossier présente donc, les orientations retenues par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM et approuvées respectivement par la Commission exécutive de l'ARH et le Conseil de l'URCAM. Le président de la Fédération des réseaux expose ensuite ses propositions dans un article intitulé "Avenir des réseaux de santé : une politique publique de l'innovation en matière d'organisation des soins". Enfin, cinq réseaux présentent leurs activités, détaillent leurs évaluations et perspectives de développement. Au sein de notre région, la démarche évaluative a fait l'objet d'une réflexion partagée en cohérence avec les recommandations de l'ANAES. Au total, ce document témoigne de la richesse et de la qualité du travail réalisé. Il dessine des perspectives prometteuses pour garantir à chaque Franc-comtois une offre de santé innovante et de qualité.

Boyer, L., et al. (2006). "Enseignement d'une revue critique de la littérature." *Journal D'economie Medicale* **24**(1) : 41-53, rés., tabl., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xftMXT. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Établir un état des lieux de l'évaluation des réseaux de santé en France à partir d'une revue de la littérature scientifique. Méthode : La recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données informatisées Medline, Current Contents et Pascal entre le 1er janvier 1990 et le 1er juin 2005. Résultats : La stratégie de recherche a permis d'extraire 74 articles relatifs aux réseaux de santé. 18 publications répondaient aux critères de sélection et se répartissaient selon les thèmes suivants : 6 sur la cancérologie, 5 sur la périnatalité, 3 sur l'hépatite C, 2 sur la toxicomanie, 1 sur l'asthme et 1 sur le diabète. Les méthodologies utilisées étaient des enquêtes descriptives déclaratives ou documentaires (9), des suivis d'indicateurs de morbi-mortalité (4), des études avant/après non contrôlées (2) et des études avant/après contrôlées avec groupe témoin ou ici/ailleurs (3). (résumé d'auteur).

Chvetzoff, R., et al. (2006). "Quels indicateurs pour la gouvernance des réseaux de santé ? Exemple du réseau gérontologique Carmad." *Gestions Hospitalières*(458) : 457-464.

[BDSP. Notice produite par ENSP PR0x3q0G. Diffusion soumise à autorisation]. Fruit d'une réflexion pluridisciplinaire des professionnels de santé de ville du bassin de Plaisir/Saint-Quentin-en-Yvelines, Carmad est un réseau de santé qui travaille depuis octobre 2005 pour le maintien des personnes âgées et pour la promotion de la gérontologie en ville. Carmad a inclus deux cents patients sur une période de neuf mois et formalisé des partenariats avec près de 35% des professionnels de santé de ville et 39% des médecins généralistes du territoire. Les auteurs proposent ici deux indicateurs de gouvernance du réseau : le taux de service médical et social rendu (SMSR) et le coût par patient (CPP). Ces deux indicateurs doivent amener les dirigeants de Carmad et les financeurs à un pilotage commun pour une meilleure efficacité du réseau.

Dominiak, G., et al. (2006). "Évaluation économique des réseaux : apport d'expériences." Journal D'economie Medicale **24**(7-8) : 403-414, rés., tabl.,ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA A8ezR0xF. Diffusion soumise à autorisation]. L'évaluation des réseaux de santé est une obligation juridique. Son versant économique doit permettre d'apprécier les coûts afférents au réseau. Si des recommandations méthodologiques sont proposées par des documents de référence, les modalités de réalisation pratique sont peu documentées. Notre objectif a été de déterminer, sur la base d'analyse d'expériences d'évaluations économiques, l'intérêt de différents choix méthodologiques. Nous avons étudié les évaluations économiques de 6 réseaux : Resalis, Action Asthme Amiens, Groupama Partenaires santé, Revediab, Tircel, Réseau Périnatalité Bourgogne. Les schémas d'études descriptifs, "avant-après", avec ou sans groupe contrôle, et ici-ailleurs ont été choisis. Conclusion : le niveau de preuve des évaluations observées est inférieur à celui attendu. Les difficultés pour obtenir des données fiables sur la consommation de soins, constituer un groupe contrôle et déterminer un critère de jugement cliniquement pertinent limitent la qualité de l'évaluation médico-économique. La formalisation d'échanges entre réseaux de thème identique pourrait aider à l'améliorer en proposant des protocoles d'évaluation méthodologiquement valides, tenant compte de la réalité du terrain. (Résumé d'auteur).

2005

Barre, S., et al. (2005). Traité pratique des réseaux de santé, Paris : Berger-Levrault

Initiés par les acteurs de santé, confortés par les politiques sanitaires, soutenus par les modes de financement en voie de pérennisation (FAQSV, DNDR), les réseaux de santé ont enfin été consacrés et confortés par la législation récente (loi du 4 mars 2002 et loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002). Par leur approche transversale, ils placent les patients et les usagers au cœur de leur dispositif et constituent un nouveau mode d'organisation sanitaire désormais incontournable. La création, le fonctionnement, la mise en pratique d'un réseau de santé constituant un exercice difficile et parfois risqué, il est impératif que les acteurs impliqués disposent d'un outil de référence alliant réflexion et pratique, conseil et stratégie, expérience et prospective (résumé d'auteur).

Bocquet, H., et al. (2005). "Dynamique interdisciplinaire autour d'un réseau de soins : évaluer et construire en même temps." Sante Publique **17**(4) : 607-616.

[BDSP. Notice produite par ENSP rkLymR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article rapporte une expérience d'évaluation du réseau de soins pour la sclérose en plaques en région Midi-Pyrénées (MIPSEP) ; il montre comment une équipe d'évaluation composée de médecins de santé publique et de sociologues, a progressivement et naturellement évolué d'un rôle d'observation externe vers un rôle d'accompagnement des acteurs du réseau de soins ; le recueil d'information a privilégié la méthode qualitative par entretien avec les acteurs, et les cadres de référence étaient constitués des textes officiels définissant les réseaux de soins et leur mission. De leur côté les acteurs du réseau de culture soignante ont eu le souci de s'organiser pour mieux répondre aux besoins exprimés par les patients.

Bourgueil, Y., et al. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

dynamiques professionnelles. Convention DREES/ENSP n° 19/01. Rapport final. Rapport Irdes. Lyon Université Lyon 3 : 329.

Compte tenu des attentes multiples et de l'implication des professionnels de santé, du social, des "gestionnaires" et des observateurs et experts du système de santé, la formalisation de la coordination dans les réseaux de santé est apparue comme un objet de recherche privilégié pour étudier la façon dont les processus de rationalisation des soins interagissent avec mutations qui affectent les pratiques professionnelles et les frontières entre groupes professionnels dans le système de santé. L'analyse des processus de formalisation de la coordination à la fois à un niveau institutionnel (macrosociologique) et sur plusieurs réseaux de santé (microsociologique) dans le champs des soins gériatologiques et des soins palliatifs permet de questionner les effets des injonctions à la rationalisation des processus de soins autour de trois axes. Ils seront traités successivement dans les trois parties de ce rapport.

David, S., et al. (2005). "Perinatal care regionalization and acceptability by professionals in France." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **53**(4) : 361-372, tabl.

[BDSP. Notice produite par MRPS jR0xCfO8. Diffusion soumise à autorisation]. L'un des objectifs de la régionalisation des soins périnataux est d'améliorer l'orientation des grossesses à risque vers des maternités disposant d'un niveau de soins adapté pour la mère et le bébé. La place et le rôle des professionnels est un des éléments clés de la mise en place de réseaux de soins. Cette étude a donc pour objectif d'identifier les attentes des professionnels et de les comparer d'un groupe à l'autre. Les résultats montrent une moins bonne acceptabilité de la plupart des professionnels (anesthésistes, obstétriciens, sage-femmes et praticiens libéraux) comparée à celle de néonatalogistes, ou des professionnels travaillant dans des établissements privés comparée à ceux travaillant dans des établissements publics.

Dovergne, V. et Parmentier, G. (2005). Réseaux et organisation de la cancérologie, Paris : UNHPC

Ce document, destiné aux adhérents de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC), a pour but de donner des points d'appui, des points de vue, des illustrations permettant de situer les logiques dans le montage des réseaux de cancérologie. La première partie introduit et forme le cadre des travaux qui ont conduit à la parution des textes de référence pour l'élaboration des SROS. Il s'agit de rappels concernant des articles des codes de la santé et de la sécurité sociale, des principales mesures du Plan cancer concernant l'organisation des soins et d'extraits de documents de travail, de propositions ou d'analyses déjà diffusées. En rappel aussi les conclusions du rapport Bergerot. En dernière partie, on trouve, en texte intégral, le rapport du groupe de travail de la DHOS, les recommandations de quelques sociétés savantes et enfin la toute récente circulaire du 25 février 2005.

Ferley, J. P. et Da, Silva, A. E. (2005). Projet Mado réseau coordonné pour le maintien à domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. Perception et attentes des professionnels et des familles relatives au réseau et à l'apport potentiel des nouvelles technologies. Lyon UPML : 58, fig., tabl.

Le projet de l'Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais (MADO) ambitionne de structurer sur les 5 cantons du bassin d'Annonay (Haut Vivarais, Ardèche) un réseau de prise en charge coordonnée ambulatoire des personnes dépendantes. Il vise, par une amélioration de la coordination ville-structures de soins et de la coordination entre le sanitaire et le social, à proposer un dispositif assurant la continuité des soins, du social et de l'information. Il doit également permettre d'organiser au mieux le retour à domicile après une éventuelle hospitalisation. Ce réseau a pour objet de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, des personnes âgées dépendantes et fragiles (personnes handicapées physiques de plus de 60 ans) et des personnes handicapées physiques de 18 à 59 ans souffrant d'une affection aiguë. Enfin, ce projet expérimental a également pour objectif d'être un modèle reproductible dans d'autres territoires urbains, semi urbains, ruraux et semi ruraux. Par ailleurs, une réflexion sur l'apport des nouvelles technologies a été intégrée à la réflexion plus générale portant sur la mise en place d'un réseau local coordonné avec partage de certaines

informations du dossier médico-social. Les objectifs de l'étude réalisée par le CAREPS étaient de mesurer, de manière concrète, l'adhésion des professionnels et des familles de personnes dépendantes au projet MADO, d'identifier ce que les professionnels de santé et les familles des personnes dépendantes attendent des nouvelles technologies et les réticences qui peuvent se faire jour, enfin, de contribuer, par l'intermédiaire de cette étude et du rendu qui pourra en être fait, à développer la communication et à promouvoir le projet MADO.

Fortanier, C., et al. (2005). "Enjeux économiques des réseaux de santé : quelle évaluation ?" Journal D'economie Medicale **23**(7-8) : 415-424, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA wJ8IR0xv. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé constituent une innovation organisationnelle en matière de santé et posent aujourd'hui la question de l'évaluation des effets produits, notamment en termes de retombées économiques. Nous proposons d'adapter les outils existants d'évaluation économique des stratégies sanitaires à l'étude d'objets complexes comme les réseaux de santé en précisant un certain nombre de points méthodologiques autour de la mesure des résultats et des coûts. Nous soulignons par ailleurs que la démarche évaluative de l'impact économique des réseaux de santé ne peut être complète si elle ne considère pas, au-delà des questions d'efficacité, une analyse monographique de la dynamique d'acteurs, de l'émergence de nouvelles pratiques collectives et de nouveaux modes de coordination, qui pourra s'articuler autour de réflexions récentes de la littérature économique et en économie de la santé. (résumé d'auteur).

Poutout, G., et al. (2005). "Les réseaux de santé : cinq ans après, la preuve par 500." Technologie Et Sante(55-56) : 144, tab., graph., fig.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC gMJZUR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Suite à la mise en place récente depuis quelques années de nombreux réseaux de santé, ce numéro fait un tour d'horizon sur le sujet à travers une vingtaine d'exemples.

Robelet, M., et al. (2005). "La coordination des réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1) : 233-260.

2004

(2004). "Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique." Sante Publique **16**(1) : 133-146.

[BDSP. Notice produite par ENSP 03uER0xK. Diffusion soumise à autorisation]. Le fonctionnement de notre système de soins et de notre système de santé connaît une crise majeure. L'importance inacceptable des inégalités devant les soins, la forte mortalité prématurée, l'absence d'une politique de santé cohérente, la quasi-insurrection des professionnels, le mépris de la loi sont quelques uns des symptômes du chaos qui s'installe sous nos yeux. Cet article propose une réflexion sur les valeurs, les enjeux, les pratiques, les régulations et les évaluations de notre système de santé et de soins.

Anaes (2004). Réseaux de santé : guide d'évaluation. Saint-Denis ANAES : 35.

Un groupe de travail constitué des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (Urcam) et des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) de trois régions (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes Côte d'Azur), rejointes par la région Rhône-Alpes et en collaboration avec l'Anaes, a élaboré la démarche générale destinée à permettre l'évaluation des réseaux de santé. Ce guide constitue une trame générale des éléments nécessaires à l'évaluation. Il est avant tout un outil pratique d'aide à la démarche d'auto-évaluation. La majeure partie de ce document est donc constituée de grilles qualitatives et quantitatives d'auto-évaluation. Elle est complétée par une proposition de cahier des charges, destiné à rendre plus homogène le regard extérieur porté sur les réseaux de santé.

Bonafini, P. (2004). "Quel management pour les réseaux ? Le cas de la cancérologie." Journal D'economie Medicale **22**(7-8) : 381-391, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xgsecD. Diffusion soumise à autorisation]. Si les textes récents ont confirmé la légitimité des réseaux dans l'organisation de l'offre de soins, les observations que nous avons pu effectuer nous révèlent désormais de nouveaux questionnements quant au management de ces organisations d'un nouveau type. Notre développement évoquera dans un premier temps une approche longitudinale de la structuration des réseaux, de leur émergence à leur prescription. Dans une seconde phase, nous nous attarderons sur le cas de la cancérologie, exemple typique de la mise en oeuvre d'organisation réticulaire. Si nos observations permettent d'identifier des instruments génériques de la coordination, elles font aussi apparaître la question d'un management qui pourrait être spécifique à ces organisations, appelant là à une ingénierie contingente du contrôle des réseaux. (résumé d'auteur).

Castra, M., et al. (2004). Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations. Rapport pour la Mire, programme "Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé". Lille Clerse : 237.

Ce projet vise à soumettre à une analyse commune quatre groupes ou réseaux professionnels afin de rendre compte de la variété des dynamiques professionnelles à l'œuvre en matière d'échanges et de réseaux professionnels, et compte tenu des contraintes économiques et incitations administratives ainsi que de l'évolution des connaissances médico-scientifiques et des populations prises en charge. Ces quatre groupes, approchés sur une même zone géographique (région Nord-Pas-de-Calais), sont : les professionnels intervenant dans la prise en charge des insuffisants rénaux ; les professionnels des équipes de soins palliatifs à l'hôpital et à domicile ; les réseaux de soins en cancérologie ; les professionnels de la prise en charge de la mucoviscidose.

Grenier, A. (2004). "Exercice groupé et réseaux de santé. La pratique de la médecine libérale sort de l'isolement." Actualite Et Dossier En Sante Publique(49) : 72-74.

[BDSP. Notice produite par ENSP 7kynWR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux et les cabinets de groupe présentent de nombreux avantages pour l'organisation de la médecine libérale. Ils doivent cependant être encouragés et accompagnés, c'est la tâche que s'est fixée l'URML d'Ile-de-France.

Menard, D., et al. (2004). Réseaux de santé : la qualité en pratique. Contributions à une démarche collaborative d'amélioration de la qualité de santé. Volume 1. Paris Coordination Nationale des Réseaux de Santé : 163.

Les auteurs ont voulu dans ce volume recenser les questions fondamentales que se posent les acteurs des réseaux au-delà des processus : la dimension de la relation entre les professionnels et les " usagers " et la redéfinition des rôles de chacun dans des pratiques collaboratives ; la dimension politique et de santé publique avec des alternatives à l'organisation de la coopération entre professionnels et une réflexion sur le rôle de la prévention et de l'éducation des patients face à aux actions de soins curatifs. Enfin, l'éthique du partage qui sous-tend ces différentes dimensions de la qualité devait être explicitée. Ce mémento de recension des principes directeurs de la qualité est la première étape d'un travail qui devra conduire à l'élaboration d'un modèle plus adéquat de la qualité apportée par les réseaux de santé.

2003

Jaisson-Hot, I., et al. (2003). "Réseaux de soins : quelle évaluation ?" Courrier De L'evaluation En Sante(23) : 11-13.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xF5mUI. Diffusion soumise à autorisation]. Si les réseaux existent depuis de nombreuses années, la question de leur évaluation est beaucoup plus récente et reste un

défi.

Lebrun, T., et al. (2003). Evaluation externe du réseau Santé-Lens. Réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et sa région. Lille Cresge : 183.

Pelissier, F. (2003). "Le réseau en santé et l'assurance maladie." Notes Et Documents(28) : 287, tabl.

L'auteur analyse la place des réseaux dans la réforme du système de santé en mettant en exergue le rôle de l'assurance maladie dans son ensemble et des URCAM en particulier, en matière d'organisation, de financement, et d'évaluation des réseaux. Cette démarche s'articule autour de deux parties : le réseau en santé (en France et à l'étranger) ; le réseau et l'organisation des soins (à l'hôpital, en médecine de ville, la place pour l'assurance maladie).

Rouleau, E. (2003). "Réseaux de soins aux personnes âgées : évaluer surtout la valeur ajoutée locale." Courrier De L'evaluation En Sante(23) : 14-16.

[BDSP. Notice produite par ENSP 7R0x5J2s. Diffusion soumise à autorisation]. Il existe bon nombre de méthodes pour juger de l'efficacité de l'organisation des soins. La méthode comptable demande des économies. La méthode médicale demande moins de décès ou des vies plus longues. La méthode psychosociale compare le ressenti dans le réseau au ressenti en dehors du réseau.

2002

(2002). "Des réseaux de soins aux réseaux de santé : Où en est-on ?" Decision Sante : 18-19.

[BDSP. Notice produite par ENSP h1kMR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Des mécanismes administratifs simplifiés, une enveloppe financière ad hoc, une nouvelle forme juridique envisageable : les réseaux sortent du champ expérimental pour s'installer durablement dans le système de soins. Une évolution dans le droit fil des principales réformes touchant à l'organisation de la santé ces dernières années et dont les contours sont désormais clairement dessinés.

Banga, B. (2002). "Les réseaux de santé : L'épreuve de la réglementation et des financements." Decision Sante(187) : 28-29.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xvT5Q0. Diffusion soumise à autorisation]. La médecine cloisonnée par spécialistes a vécu. Désormais, une nécessaire organisation de la santé en réseau rassemble différents acteurs médicaux, industriels et sociaux autour du malade. "Les réseaux sont devenus le concept maître de l'organisation sanitaire autour duquel se réalise une véritable révolution culturelle", déclare en préambule Jean-Paul Guerber, vice-président du SNITEM. Cette notion de réseau s'impose à condition de partir du patient, seul dénominateur commun, et de s'inspirer d'une méthode pluridisciplinaire.

Pradeau, F. et Pradeau, M. C. (2002). "Réseaux et filières : quels rôles." Concours Medical(29) : 1920-1923.

[BDSP. Notice produite par ENSP 0YR0x6aq. Diffusion soumise à autorisation]. Les dernières évolutions des textes législatifs confirment une volonté certaine de consolider et d'enraciner dans notre système de santé le rouage obligé que constituent les réseaux de santé.

Schweyer, F. X., et al. (2002). Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes, Rennes : ENSP

Modalité de travail innovante, souvent même expérimentale, le réseau de santé s'impose de plus en plus comme une nécessité pour améliorer la qualité de la prise en charge de certains patients. Mais la création et le pilotage d'un réseau sont choses difficiles. Ce guide se veut un outil d'autoformation destiné aux équipes sur le point de promouvoir ou déjà engagées dans un réseau de santé. Il reprend les étapes incontournables de la création d'un réseau et les points-clés de son management.

L'ajustement négocié, la rédaction d'un cahier des charges, la pratique de l'évaluation ? autant de notions essentielles abordées en termes clairs à partir d'exemples concrets. Les conditions de la réussite sont soigneusement passées en revue, les (nombreux) écueils et les moyens d'y parer systématiquement répertoriés. Ce livre comprend fort peu de considérations théoriques, mais beaucoup de recommandations.

2001

Bourgueil, Y., et al. (2001). L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations. Rapport Credes. Paris CREDES : 73, graph., tabl., 72 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1343.pdf>

A la suite du rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui présente des dispositifs de réseaux, principalement étrangers, et rappelle certains principes méthodologiques d'évaluation, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a souhaité poursuivre la réflexion sur la base des spécificités des expérimentations françaises. Elle a sollicité le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) et le Groupe Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Etablissements (IMAGE) de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) pour réaliser ce travail complémentaire. La première partie de ce document présente la philosophie générale de l'évaluation. La seconde partie rappelle quelques principes fondamentaux de l'évaluation, en les appliquant au cas particulier des réseaux. La troisième et dernière partie détaille les propositions méthodologiques. Une approche pratique du guide a été privilégiée en récapitulant les recommandations à la fin de chaque question abordée. Un glossaire définissant les notions utilisées est également fourni en fin de document.

Bourgueil, Y., et al. (2001). "L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations." Questions D'economie De La Sante (Credes) (37) : 4, 1 fig., 2 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes37.pdf>

A la suite du rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui présente des dispositifs de réseaux, principalement étrangers, et rappelle certains principes méthodologiques d'évaluation, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a souhaité poursuivre la réflexion sur la base des spécificités des expérimentations françaises. Elle a sollicité le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) et le Groupe Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Etablissements (IMAGE) de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) pour réaliser ce travail complémentaire. La première partie de ce document présente la philosophie générale de l'évaluation. La seconde partie rappelle quelques principes fondamentaux de l'évaluation, en les appliquant au cas particulier des réseaux. La troisième et dernière partie détaille les propositions méthodologiques. Une approche pratique du guide a été privilégiée en récapitulant les recommandations à la fin de chaque question abordée. Un glossaire définissant les notions utilisées est également fourni en fin de document.

Dejarnac, E., et al. (2001). Y a-t-il une vision systémique des réseaux de soins en France ? Saint-Etienne CNESSS, Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne. FRA : 70, ann.

Ce mémoire fait tout d'abord, dans une première partie, un historique de l'apparition des réseaux de soins en France, puis souligne la complexité apportée au système de santé par la mise en place des réseaux suite aux ordonnances Juppé de 1996. Il démontre, dans une deuxième partie, que la mise en place d'une vision systémique est nécessaire et passe par l'articulation entre la logique des réseaux de terrain et la logique des réseaux institutionnels.

Larcher, P. et Polomeni, P. (2001). La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital, Paris : Masson

Deux circulaires ont lancé dès 1991 le concept de « réseaux ville hôpital » et en 1994 celui de « réseaux de santé ». C'est lors de la réforme hospitalière de 1996 qu'est apparue dans la loi l'expression

« réseaux de soins », autre concept qui figurait également dans l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec un sens encore différent. Cet ouvrage, faisant le lien entre la théorie et la pratique, a pour but de permettre aux professionnels des mondes médical et médico-social de retrouver leurs marques dans cette confusion sémantique pour assurer au patient une meilleure orientation, coordination, continuité des soins et une meilleure qualité des prestations dans ses allers-retours entre les professionnels des systèmes de soins de ville et l'hôpital. Sont également abordés les enjeux éthiques, techniques, financiers, et de politique de santé résultant d'une telle organisation, ainsi que l'évolution des textes pour s'adapter à cette transversalité nouvelle entre ville et hôpital.

2000

(2000). Guide des réseaux de soins et des systèmes d'information à l'usage du médecin libéral : texte intégral, Paris : URMLIF

La modification profonde des besoins de soins observée depuis quelques années, accompagnée de l'évolution du dispositif de prise en charge, entraînent une nécessaire révision des modes d'organisation dans la prise en charge des patients. De plus en plus de médecins, conscients de cette réalité, tentent de s'organiser sur des formes nouvelles, telles que les réseaux de soins. Cet ouvrage aborde les questions pratiques liées aux différentes problématiques juridiques soulevées par la mise en œuvre d'un réseau de soins (forme du réseau, modalités d'adhésion et de sortie...) tout en formulant des propositions et recommandations tenant à la conduite juridique du projet de réseau de soins (contractualisation des liens entre les partenaires, les professionnels de santé et les patients...) et aux conséquences pratiques de ce nouveau mode d'exercice de la médecine en réseau (gestion du dossier médical partagé, informatisation des professionnels de santé...)

Bourgueil, Y., et al. (2000). Réseaux de soins et évaluation. Proposition d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des expérimentations "réseaux et filières", Paris : CREDES

L'objectif de ce travail est de proposer un cadre d'analyse pour l'évaluation des expérimentations "filières et réseaux". Les auteurs précisent, d'un point de vue théorique, les enjeux d'une organisation en réseau en termes de transformations du système de soins, en particulier par rapport à une organisation hiérarchique. Ils concluent que le caractère innovant d'un réseau peut constituer le lien de cohérence analytique nécessaire pour évaluer cette expérimentation dans son ensemble. Ils proposent cinq dimensions d'analyse pour mesurer l'impact des réseaux sur le système de soins : le patient, les pratiques et l'organisation des soins, le financement des soins, l'ouverture vers la santé et la dynamique partenariale. Enfin, les auteurs décrivent une expérience menée au Royaume-Uni et présentant certaines analogies avec l'expérimentation française.

Chone, P., et al. (2000). Un modèle de régulation du système de santé : la concurrence entre "opérateurs de soins". Documents de travail du CREST ; 2000-08. Paris INSEE : 24, graph., fig.

Ce document de travail réfléchit à la meilleure façon de permettre l'émergence, dans un système de santé financé de manière socialisée, d'acteurs capables de mettre en œuvre les techniques du managed care. Il désigne ces nouveaux acteurs par le terme « opérateurs de soins », en référence à l'économie des réseaux. Il présente un modèle abstrait d'organisation dans lequel les opérateurs sont en concurrence sur la fonction d'achat de soins, le financement du système étant assuré de manière collective (pas de concurrence sur la fonction d'assurance). Après avoir situé le modèle par rapport aux systèmes en vigueur actuellement en France et à l'étranger, il étudie la viabilité économique, l'acceptabilité politique et les coûts de régulation.

Grignon, M. et Midy, F. (2000). "Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ?" Actualité Et Dossier En Santé Publique(33) : 41-45.

Le terme de réseau est aujourd'hui employé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle, entre au moins deux producteurs de soins. Il est donc difficile d'en donner une définition

consentuelle. Cependant, pour définir une démarche d'évaluation de l'apport de l'organisation en réseau, il faut au moins la caractériser par ses éléments typiques. Les auteurs de cet article se proposent de mener à bien cette caractérisation à travers trois questions logiques : à quoi servent les réseaux ? ; comment opèrent-ils ? Quelle évaluation économique mener ?

Launois, R. et Giraud, A. (2000). Evaluation pragmatique des réseaux de soins coordonnés. La nouvelle évaluation médicale, Paris : Médica Editions Economica : 179-197, 171 fig.

Pichenzon, D. (2000). "Les réseaux gérontologiques de la Mutualité sociale agricole." Revue Hospitaliere de France(5) : 68-.

[BDSP. Notice produite par ENSP RxcR0xFL. Diffusion soumise à autorisation]. Destiné au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes le schéma des réseaux gérontologiques de la Mutualité sociale agricole est un schéma général proposé à des opérateurs et acteurs locaux du champ médico-social.

1999-1985

(1999). "Réseaux de soins : mythe ou réalité ?" Technologie Et Sante(37) : 100.

Ce dossier fait le point sur les réseaux de soins, en exposant les arguments en leur faveur et les témoignages probants. Les différentes contributions à ce numéro rappellent les textes, les besoins qu'il faut satisfaire, ceux des patients, des attentes des professionnels, des contraintes à respecter, celles dont les institutions assurent la responsabilité. Ainsi, une première partie du dossier commente l'émergence des réseaux. Une deuxième partie rapporte des expériences appliquées à la périnatalité, la santé mentale, la cancérologie, la gériatrie. Une troisième partie présente les actes de la convention annuelle du CNEH, consacrée aux réseaux.

Arambourou, D., et al. (1999). A quelles conditions peut-on mettre en place des actions de managed care en France ? Saint-Etienne CNESSS, Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne. FRA. **Diplôme de fin d'études** : 61, ann.

Afin de ralentir la croissance des dépenses de santé, les pays développés essaient d'introduire dans leur système de santé le modèle de régulation de soins américain dit « managed care » (médecine de marché). La réforme Juppé de 1996 permet d'engager aussi une réflexion sur la compatibilité du modèle français et les logiques du managed care, car cette réforme du système de soins introduit, pour la première fois, une approche plus globale à travers la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la réorganisation du système de soins afin d'améliorer son efficacité. Ce mémoire de fin d'études présente, dans un premier temps, les différents types de managed care introduits dans les pays développés : Etats-Unis, Allemagne, Suisse, Royaume-Uni. Il décrit ensuite la gestion des soins encore limitée dans le système de santé français, et détermine les conditions de mise en place d'actions de managed care en France.

Clement, J. M. (1999). La réforme hospitalière : l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique ou privée, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Le plan de réforme des hôpitaux et cliniques, organisé par l'ordonnance du 24 avril 1996 se met en place. L'ordonnance hospitalière n'a pas fini de bouleverser le paysage hospitalier. Cette deuxième édition des réformes hospitalières tient compte des nouvelles publications, dont la commission de conciliation et les réseaux de soins.

Goguy, M. et Geffroy, L. R. (1999). "Réseaux et agence régionale de l'hospitalisation : Expérience de deux années en Franche-Comté." Revue Medicale De L'assurance Maladie(3-4) : 75-80.

[BDSP. Notice produite par ENSP 5MVR0xEo. Diffusion soumise à autorisation]. L'expérience franc-

comtoise a montré les difficultés à définir le concept de réseau et à gérer l'émergence de nombreux projets quelquefois opportunistes ; elle a aussi fait le constat de la lourdeur de la coordination des réseaux. La tentative de décloisonnement ne sera réellement efficace que dans le cadre d'une évolution des dispositifs juridiques et d'une gestion fédérative des enveloppes budgétaires permettant l'implication de tous les acteurs, notamment la médecine de ville.

Johanet, G. (1999). "Quel financement pour quel réseau ?" Technologie Et Sante(37) : 92-93.

Le directeur de la CNAM présente la politique de la CNAM en matière de réseaux et filières soins : réguler l'accès aux soins et éviter la constitution d'un monopole de mode d'accès, encourager la recherche d'une meilleure qualité de soins et d'économies d'échelle.

(1998). "Filières et réseaux de soins : actes de la journée du 18 septembre 1998." Notes Et Documents(6) : 80.

Ce document rend compte d'une journée organisée par l'URCAM de Bourgogne sur le thème : « Filières et réseaux de soins ». Après un panorama de la problématique filières et réseaux et une présentation de la commission Soubié, il analyse les différents projets en cours.

Bensoussan, A. et Pottier, I. (1998). "Les réseaux et filières de soins et la protection des données personnelles." Technologie Et Sante(33) : 77-80.

[BDSP. Notice produite par ENSP q53jR0x4. Diffusion soumise à autorisation]. Qu'il s'agisse de filières des soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ou encore de réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de pathologies plus graves, le principal objectif est d'assurer un "juste soin", c'est-à-dire un soin de meilleure qualité à un moindre coût.

Chauvin, F., et al. (1998). "Réseaux et filières." Actualite Et Dossier En Sante Publique(25) : 40-46.

[BDSP. Notice produite par CFDSP Th8aR0xD. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en oeuvre de l'organisation de réseaux et de filières de soins est partie de l'analyse de pratiques anciennes et informelles en France et d'expériences étrangères (le managed care aux Etats-Unis, la réforme du système de soins en Angleterre), avec deux objectifs fondamentaux : qualité des soins et rationalisation des dépenses de santé. Les ordonnances de 1996 donnent un cadre au développement des réseaux, tant sur l'organisation (structures, professionnels impliqués) que sur le financement. Trois objectifs sont identifiés pour ces réseaux : améliorer l'orientation du patient pour des problèmes aigus ou une courte hospitalisation, favoriser le retour ou le maintien à des soins de proximité pour les maladies chroniques ou invalidantes, assurer la continuité et la coordination des soins. Une convention fixe les engagements des acteurs sur des pratiques communes, la formation, le système d'information, le consentement des patients à ce mode de prise en charge, la définition des filières de soins. Les communautés d'établissements ont un rôle complémentaire dans ce dispositif. Une circulaire de la DGS en 1998 a complété les principes d'organisation des réseaux en cancérologie. Les auteurs passent en revue les principes fondateurs des réseaux, les conditions de leur fonctionnement, les axes de travail d'un réseau en cancérologie, le rôle de l'évaluation sur les pratiques et les perspectives d'avenir.

Dangoumau, J. p. (1998). Filières et réseaux de soins : les nouveaux partenaires. Paris Communication Partenaires Santé : 48.

Après un historique des réseaux de soins en France et une analyse des réseaux de soins coordonnés américains, ce document tente un bilan de cette nouvelle organisation de soins en France. Il montre comment on peut passer de l'expérimentation à l'acte, en quoi les réseaux peuvent être des instruments d'économie, ainsi qu'une nouvelle forme d'organisation de soins entre assureurs, assurés et professionnels de santé.

Frelot, M., et al. (1998). Filières ou réseaux de soins : vers une nouvelle organisation des prises en charges ? Saint-Etienne CNESSS. **Mémoire CNESSS, 37ème promotion** : 93.

La filière de soins s'inscrit dans une perspective de continuité des soins, de cheminement contrôlé du patient dans un système organisé. L'objectif principal poursuivi est d'améliorer le suivi des malades, de permettre l'absence de ruptures ou d'incohérences dans la prise en charge des soins, au prix, selon certains, d'un « embrigadement » du patient auquel un certain parcours est imposé. La filière sous-entend une réduction du libre accès à tous les offreurs de soins afin de limiter le nomadisme médical. Le réseau désigne une association de plusieurs personnes physiques ou morales dites « acteurs du réseau », ayant des compétences différentes et complémentaires sur une zone géographique déterminée. Ces acteurs agissent selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un groupe de malades. Les filières et réseaux de soins peuvent-ils constituer un levier efficace de la nécessaire restructuration du système de soins ? Cette étude s'attache à démontrer que ces structures innovantes peuvent potentiellement générer, d'une part des économies substantielles, et d'autre part, un accroissement notable de la sanitaire. Néanmoins, ces gains ne pourront être réalisés que sous des conditions strictes. (extrait de l'introduction du mémoire)

Vinas, J. M. (1998). "Réseaux de santé et gestion du risque." *Actualité Et Dossier En Sante Publique*(24) : 37-40.

[BDSP. Notice produite par CFDSP NvusR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion du risque maladie correspond à des prestations et à une nomenclature d'actes. Pour assurer une prise en charge plus globale d'un patient, il faut associer les professionnels de santé, les collectivités locales, les assurances complémentaires et les mouvements associatifs. La prise en charge du patient n'est pas la simple prise en compte de sa demande et de l'offre prestataire. Elle résulte de choix collectifs et de production de soins, évalués et soumis au contrôle qualité. Il existe quatre dispositifs réglementaires. Le premier vise à rechercher une augmentation de l'efficacité médicale. Le dispositif 2 a pour objet de mettre en place un médecin référent. Le troisième dispositif inscrit le réseau dans un objectif de coopération obligatoire et de recomposition. Le dernier objectif est la logique des réseaux ville-hôpital. Les objectifs visent le décloisonnement des professionnels de santé et des établissements mais aussi institutionnels et administratifs.

(1997). Le réseau de soins du Nord-Pas-de-Calais. Mise à disposition d'un savoir faire. Paris CNSCSSM : 72, tabl., graph.

Ce document réalisé par la Confédération Nationale des Syndicats de Cadres de santé à temps plein de la Sécurité sociale dans les mines a pour objet de préciser les caractéristiques et les potentialités des sociétés de secours minières (SSM) afin d'envisager les possibilités d'avenir qui leurs sont offertes.

(1997). Les expérimentations mutualistes de réseaux de soins. Paris FNMF : 56.

Les ordonnances d'avril 1996 ont ouvert pour les acteurs du système de santé la possibilité d'expérimentations de nouvelles formes d'organisations de l'offre de soins. La Mutualité Française, qui a dès le début soutenu cette réforme, s'associe à cette démarche en proposant au Conseil d'Orientation des filières des dossiers de projets expérimentaux élaborés par les groupements adhérents. Ce document de synthèse rassemble ces projets et en présente les caractéristiques communes.

Bonnet, M. C., et al. (1997). Organisation loco-régionale des soins en France : les réseaux sanitaires et leurs perspectives de développement. Saint-Etienne CNESS, Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne. FRA : 61, ann.

Le système français de protection sociale connaît depuis plusieurs années une crise de financement doublée d'une crise de légitimité. Plusieurs axes sont actuellement développés dans le but d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé : recherche d'une plus grande responsabilité des acteurs, encadrement des dépenses par des mécanismes d'enveloppe globale, renforcement des procédures contractuelles avec les professionnels de santé, recherche d'une gestion plus efficace du système. Parmi ces différentes propositions, la restructuration de l'offre de soins permettrait de concilier à la fois les contraintes financières et les principes d'une médecine de qualité, dans le cadre d'une

approche en santé publique renouvelée. Ainsi, le concept des réseaux a souvent été mis en avant par les réformateurs comme un des moyens de parvenir à la recomposition du tissu sanitaire. Ce document présente tout d'abord les réseaux existants depuis quelques années : réseaux ville/hôpital, réseaux interhospitaliers, réseaux d'échanges d'informations médicales... Il analyse ensuite les facteurs et les contraintes de leur développement.

Bungener, M. et Poisson-Salomon, A. S. (1996). Réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Définitions, enjeux, évaluations. Paris ANRS : 193, tabl., ann.

Les auteurs présentent, dans la première partie de ce rapport, le réseau en médecine en précisant le contexte de la création des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Dans la seconde partie, de ce document, les auteurs s'attachent à restituer les principaux résultats de l'enquête qualitative menée sur les réseaux de l'AP-HP en Ile de France : proposition d'une typologie des réseaux ville-hôpital en identifiant la coordination et l'action de ces réseaux, analyse du partage des responsabilités entre la ville et l'hôpital et des opinions des médecins concernés en précisant les caractéristiques de la formation des professionnels. Le travail d'enquête, la méthodologie ainsi que les principales définitions, sont présentés de façon détaillée en annexe.

Meyer, C. et Couffinal, A. (1996). Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : conditions et propositions. Rapport pour le Commissariat Général du Plan. Boulogne-Billancourt Sanesco : 113, ann.

La présente étude a été menée sur la base d'entretiens réalisés auprès des acteurs et décideurs actuellement concernés par les réseaux et filières dans le système de santé. Le questionnaire proposé était organisé autour de trois axes. Une réflexion des interlocuteurs sur les différents termes utilisés dans le système français fait l'objet d'une analyse faite dans le deuxième chapitre. Un diagnostic rapide porté sur le système actuel et les projets ou expériences en cours sont présentés dans le troisième chapitre. Les auteurs présentent dans le quatrième chapitre un rapide bilan critique de ces expériences. Les modifications envisagées ou souhaitées par les différents acteurs, les limites ou les cadres de réformes sont également exposés dans ce chapitre. Les auteurs présentent les principales conclusions dans le cinquième chapitre.

Durand, D. et al. (1994). "Les réseaux de santé." *Prevenir*(27) : 173.

[BDSP. Notice produite par ENSP 8A77PR0x. Diffusion soumise à autorisation].

Giraud, P. et Launois, R. (1987). Les réseaux de soins : Médecine de demain, Paris : Economica

L'appareil sanitaire français ainsi que le système de protection sociale qui en assure très largement le financement sont très complexes. Après un bref rappel historique, l'auteur s'attache ici à une observation attentive du système et de son évolution pour en éclairer les faiblesses dont les différents acteurs du système semblent tous responsables (le patient qui s'adresse inconsidérément à la science médicale, le médecin qui prescrit, le gestionnaire peu clairvoyant, le politique démagogue...). La référence à l'analyse économique suggère à l'auteur différents axes de solution dont notamment : la Sécurité sociale à deux vitesses (couvertures mutualistes ou d'assurances privées) ; l'adaptation au système français de l'expérience américaine (Health Maintenance Organizations) ; la privatisation de la Sécurité sociale (une solution radicale) ; les réseaux de soins coordonnés.

Launois, R. J., et al. (1985). "Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 37-61.

Filière et parcours de soins

Pour en savoir plus :

Site du Ministère chargé de la santé :

- Parcours de soins : [Dossier : Parcours des patients et des usagers](#)
- Parcours de soins des aînés : [Paerpa](#)

2022

Launois, R., Diard, M., Cabout, E., et al. (2022). "[Realist protocol for implementing integrated care pathways in France (waiver 51 LFSS 2018)]." *Ann Pharm Fr* **80**(2): 131-144.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.06.004>

The paradox of real world researches supposedly conducted in real life is that they did not succeed in freeing themselves from the techniques of the randomised trials which they pretended to escape. In the successionist perspective of classical experimental or quasi-experimental methods, the cause always precedes the effect in a linear manner, and any interference that is likely to threaten the stability of this relationship must be neutralised by mobilising the appropriate statistical techniques. In complex systems where everything moves at the same time due to multiple interrelationships that make it impossible to construct a counterfactual, these elements are no longer considered as confounding factors that need to be controlled, but as decisive factors in the smooth running of the experiment. The protocol presented in this article proposes an alternative evaluative technique mobilising the teachings of critical realism, which seems to us to be the most appropriate for understanding what happens "in the black box" recording the events that occur between the implementation of the Article 51 experiments and the observed results. The role of the evaluator is to put the actors back at the heart of the change, since it is achieved (or not) according to their reactions and the contextual elements. This credible explanatory theory allows us to understand: how does it work? For whom does it work? Why do losers lose, winners win? and under what circumstances?

2021

Forzy, L., Titli, L., Carpezat, M., et al. (2021). "Accès aux soins et pratiques de recours - Étude sur le vécu des patients." *Dossiers De La Drees (Les)* (77) : 66.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/acces-aux-soins-et-pratiques-de-recours-etude-sur-le-vecu-des>

Cette étude propose un éclairage qualitatif sur les logiques de recours aux soins des patients, à partir de 25 entretiens sociologiques réalisés entre janvier et avril 2019 sur trois territoires urbains ayant une accessibilité aux médecins généralistes légèrement inférieure à la moyenne nationale. Elle articule une approche spatiale de leurs pratiques de soins avec d'autres dimensions entrant en jeu dans l'organisation concrète des consultations de professionnels de santé. L'objectif était de comprendre comment la variable spatiale joue concrètement dans les logiques de choix des professionnels et dans l'organisation des pratiques de soins, mais également d'identifier quels autres facteurs peuvent apparaître comme des facilitateurs ou, à l'inverse, comme des freins dans l'accès aux soins. Pour cela, l'étude se penche sur l'organisation concrète, sur le plan spatial et temporel, des pratiques de soins, en les resituant dans des emplois du temps « ordinaires » et quotidiens. Les résultats indiquent d'abord que le ressenti de la distance doit être replacé dans l'espace vécu des individus, multidimensionnel et propre à chacun. Il est susceptible de varier selon le type de professionnel considéré (médecin généraliste, autre professionnel médical de premier recours, auxiliaires médicaux et spécialistes de second recours). Ensuite, la distance géographique n'apparaît pas comme un obstacle « en soi », mais elle peut le devenir lorsqu'elle se combine à d'autres facteurs (capacités de mobilité, maîtrise des contraintes professionnelles, charge familiale, etc.). Enfin, la mise en perspective des pratiques de recours aux soins avec les représentations qu'en ont les enquêtés révèle que le vécu du manque et la propension à identifier et percevoir des obstacles dans l'accès aux soins ne sont pas nécessairement corrélés avec la « réalité » des difficultés rencontrées.

Mainguy, P., Viossat, L. C., Baba, J., et al. (2021). Evaluation de la filière auditive. 2 vol. Paris Igas: 2 vol. (99 +288).

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article843>

Cette filière de soins prend en charge les déficiences auditives, handicap sensoriel invisible frappant 10% des Français, notamment les plus âgés. Pour le traitement et l'appareillage de ces patients atteints de presbycusie, elle fait intervenir 2.800 oto-rhino-laryngologistes (ORL) ainsi que les médecins généralistes, et les 4.400 audioprothésistes (professionnels paramédicaux). Elle représente des soins d'une valeur supérieure à 1 milliard d'euros chaque année. Or cette filière est confrontée à de rapides changements, dûs principalement à la réforme des conditions de remboursement, dite du « 100 % Santé », mais aussi aux évolutions technologiques, à la concurrence entre distributeurs d'aides auditives et à la démographie (préoccupante) des ORL. C'est dans ce contexte que les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont sollicité l'Igas et l'IGéSR pour évaluer la mise en œuvre du « 100 % Santé » ainsi que les évolutions, en cours ou souhaitables, des modes d'exercice, des pratiques professionnelles et des formations au sein de la filière. Au terme de plus d'une centaine d'entretiens et de cinq mois d'investigations de terrain dans trois régions, la mission met en évidence des effets quantitatifs importants, mais des effets qualitatifs encore incertains du « 100 % Santé » dans ce domaine. Cette réforme visant à améliorer l'accessibilité financière des soins a agi finalement comme un révélateur des enjeux propres à la filière auditive : faiblesse de la prévention et du dépistage, formalisation limitée des parcours de soins, règles professionnelles éparses...La mission formule 30 recommandations concrètes : pour l'adaptation du « 100 % Santé » en audiologie, pour l'organisation et le fonctionnement de la filière et des parcours de soins, pour la formation des ORL et des audioprothésistes.

2020

Anap (2020). Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France. Mettre en oeuvre et partager. Paris ANAP : 76.

<http://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/2734>

Cette publication présente un ensemble de recommandations pour sécuriser les parcours, les coopérations et l'organisation de filières en soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), intra hospitalières et territoriales.

Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2020). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) - Rapport final. Les rapports de l'Irdes ; 575. Paris Irdes : 78.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/575-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) vise à porter un jugement global sur l'impact de l'expérimentation, en tenant compte des spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport dresse un bilan de l'évaluation et présente les résultats finaux sur les données 2010-2017, trois ans après le lancement de Paerpa.

Demont, A., Quentin, J. et Bourmaud, A. (2020). "Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique 68(5) : 306-313.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.08.001>

Résumé Position du problème Les affections musculosquelettiques sont confrontées à une augmentation de leur prévalence, principalement en raison de la sédentarité. Des données probantes fortes soutiennent le recours précoce à un traitement de première ligne incluant la kinésithérapie. De nouveaux modèles innovants en soins primaires et aux urgences ont été développés et utilisent les compétences du masseur-kinésithérapeute pour la prise en charge précoce et de première ligne des patients souffrant d'affections musculosquelettiques. L'objectif de cette revue était d'identifier et de décrire les études évaluant les modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et aux urgences pour les patients présentant une affection musculosquelettique et proposer des perspectives sur l'application de ces deux modèles en France. Méthodes Une revue de la littérature a été réalisée à partir de l'inclusion d'études provenant de quatre bases de données scientifiques, PubMed, CINAHL, Embase et PEDro. Les articles recherchés devaient traiter de l'efficacité clinique ou de l'efficacité de ces modèles de soins dans un contexte de soins primaires ou d'urgence. Une méthode narrative de revue de la littérature a été utilisée. La synthèse porte sur l'analyse qualitative des études incluses. Résultats Au total, 39 études ont été incluses dans cette revue : 19 sur l'évaluation de l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et 20 sur l'évaluation de l'accès direct aux urgences. Celles-ci rapportaient que les différents modèles de soins intégrant l'accès direct en soins primaires ou aux urgences fournissaient de meilleurs résultats en termes de qualité et d'accès aux soins tout en maintenant une sécurité similaire. La méthodologie des études incluses a cependant été estimée comme de qualité hétérogène. Conclusion Les études portant sur ces nouveaux modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et aux urgences permettent de retenir deux enseignements : ils n'ont pas vocation à remplacer le médecin et encouragent la collaboration entre professionnels de la santé afin d'améliorer l'accès pour les patients à des soins efficaces. Il convient de s'intéresser désormais aux facteurs de dissémination permettant d'assurer l'efficacité de ces modèles innovants dans d'autres pays, comme la France.

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

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

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

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans l'architecture future du système de soins ». Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017 qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis est complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes.

Lussier, M. D. (2020). "Parcours des personnes âgées dans le système de santé." *Regards* 57 : 115-126.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-115.htm>

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

La France comme tous les pays développés doit faire face au défi que représente le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquelles une prise en charge globale peut permettre d'éviter ou retarder la survenue de complications et la perte d'autonomie. La population âgée et très âgée qui bénéficie de l'amélioration de son espérance de vie en bonne santé a la particularité de cumuler la polyopathie et la chronicité. La réflexion sur la prise en charge et l'accompagnement de cette population concentre ainsi les efforts par les enjeux qu'elle cristallise. Les premiers travaux sur les parcours de cette population au sein du système de santé ont permis de mieux s'approprier ce concept et de modéliser des actions à mener. Nous nous attacherons ici à préciser comment surgit la notion de parcours, comment améliorer la gestion des maladies chroniques, leur prise en charge et l'accompagnement des personnes. Nous nous appuyons sur les expériences étrangères, les enseignements de l'expérimentation nationale Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (Paerpa) pour identifier les pratiques probantes et invariables dans la mise en œuvre des parcours de santé.

Megerlin, F. (2020). "Réforme des soins primaires : évolution ou transformation de la pharmacie ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 299-302.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-299.htm>

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, et au-delà, nous proposons une vision quant à la contribution de la pharmacie d'officine à la transformation de notre système. Le but est l'accessibilité à tous de soins de qualité (dont la fluidité des parcours), tout comme l'efficacité et la résilience de l'offre de soins primaires. À l'instar de tendances internationales, les avancées normatives et conventionnelles s'alignent et s'accroissent depuis 2009 en France, pour un élargissement des activités du pharmacien. D'un terminal logistique sécurisé de préparation, vente et conseils plus ou moins développés, la pharmacie s'oriente vers une plate-forme de services proactifs, à orientation clinique : aux activités réservées et ventes autorisées, la loi a ajouté des services autorisés (schéma 1). Cette évolution se justifie par deux atouts notoires sur lesquels elle s'appuie : un rapide accès sans rendez-vous à une ressource qualifiée (compétence, produits, services in situ, à domicile – désormais aussi connectés et coordonnés) ; une proximité dans les bassins de vie de populations groupées ou dispersées. La cohérence atouts-modèle est ici en question.

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

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

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

Yatim, F. et Sebai, J. (2020). "Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie." *Management & Avenir Santé* 6(1) : 105-125.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2020-1-page-105.htm>

Les nombreuses mutations que connaissent les systèmes de santé en France comme à l'étranger interrogent l'ensemble des professions de santé. L'enjeu de la coordination en particulier devient incontournable, à la fois en termes de pratiques professionnelles et en termes d'organisation. Pour la profession des infirmiers, des évolutions significatives ont été amorcées au cours des dernières années afin de leur assurer une place de plus en plus importante dans la coordination des prises en charge et garantir l'interface entre les différents professionnels intervenant lors des parcours des patients. Pour le cas particulier des pathologies complexes nécessitant de la part des infirmiers un niveau d'expertise

clinique élevé à l'image de la cancérologie, la coordination est présentée comme une compétence « cœur de métier », alliant la dimension clinique et la dimension organisationnelle. Cet article s'intéresse précisément à cette évolution à travers une étude de cas approfondie (enquête qualitative et quantitative) menée dans un centre français spécialisé en cancérologie. Outre la proposition d'une typologie des activités assurées par les infirmiers de coordination, nos analyses nous permettent d'identifier de manière fine la nature et le contenu de ces activités. Nous avons ainsi pu montrer qu'une part importante des activités de coordination est de nature organisationnelle, ce qui implique une réflexion approfondie sur la formation des infirmiers pour acquérir les compétences managériales nécessaires en complément des compétences cliniques.

2019

Anap (2019). Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs - Démarches et outils. Paris : Anap : 2 vol. (25; 37), fig.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/fluidifier-les-parcours-patients-et-les-synergies-entre-acteurs-demarches-et-outils/>

Partout en France, des professionnels désirent contribuer à une meilleure fluidification du parcours de leurs patients. Pour cela, il faut lever de nombreux obstacles : identifier des ressources disponibles sur le territoire, communiquer via des systèmes d'information non interopérables, optimiser l'orientation des patients après une hospitalisation ou accéder à des ressources rares et donc peu disponibles... Pourtant de nombreux « pionniers », souvent avec le soutien des Agences régionales de santé, ont conçu des outils et des méthodes apportant des réponses concrètes : pour certains, un arbre décisionnel permettant en quelques questions d'identifier la bonne ressource sur le territoire, pour d'autre un outil qui identifie les patients en risque iatrogénique lors de leur passage en officine, et d'autres encore une organisation nouvelle, avec le soutien des pouvoirs publics, afin de maintenir une offre de santé de qualité en proximité. Cette publication présente vingt outils pratiques, conçus et utilisés par des professionnels au sein de neuf régions métropolitaines. Si chaque expérience est particulière, si chaque outil répond bien à des enjeux locaux, nous avons voulu mettre en avant les outils répliquables et mobilisables rapidement afin que tous puissent en bénéficier. Pour cela vingt fiches de présentation des outils présentent une synthèse « comprendre l'outil en deux minutes », précisent les utilisateurs cibles, les résultats ou témoignages, les moyens à mobiliser, les conditions de réussite, les points d'attention et quelques indicateurs de suivi. Par ailleurs, les coordonnées de personnes qui ont participé à la conception ou au déploiement de l'outil sont également fournies. Ces fiches sont complétées d'outils téléchargeables et d'une annexe méthodologique.

Buttard, A., Mace, F., Morvan, L., et al. (2019). "Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?" Journal De Gestion Et D'economie De La Sante **37**(1) : 92-119.

La coordination pluri professionnelle est un axe fort de la réorganisation des soins primaires en France. Si cette coordination concerne a priori tous les professionnels de santé, certains sont dans les faits, à l'instar du pharmacien d'officine, encore faiblement impliqués. Cet article se propose d'examiner les enjeux de l'intégration des pharmaciens dans à un exercice coordonné des soins primaires en France. Il s'appuie d'une part sur une analyse des expérimentations faites dans d'autres systèmes de santé et de leurs évaluations. D'autre part, il développe une première réflexion sur les obstacles qui pourraient expliquer la faible intégration actuelle des pharmaciens en France, et sur les enjeux d'une présence plus affirmée de ces professionnels dans la coordination des soins primaires.

Has (2019). Modèle de plan personnalisé de parcours de santé. Paris Haute Autorité de Santé : 19.

https://has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Le partage et l'échange de données entre professionnels sont indispensables à la bonne coordination des parcours de santé complexes, impliquant l'intervention de nombreux acteurs. Pour les professionnels impliqués dans les prises en charge et les accompagnements, le numérique est un

moyen primordial pour disposer des informations présentes dans les documents clés produits à chaque étape du parcours de santé, et échanger ou partager des informations nécessaires à la coordination des parcours de santé. Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) formalise les besoins des personnes, et permet la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Son élaboration passe par le rassemblement d'informations personnelles, médicales, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne, à la formalisation des réponses à ces besoins, et au suivi de leur application et de leur réalisation. La structuration du contenu du PPCS est donc indispensable. Ce modèle de plan personnalisé de coordination en santé est accompagné des documents suivants : un mode d'emploi du plan personnalisé de coordination en santé, un Glossaire des termes utilisés lors de l'élaboration d'un PPCS et des exemples de PPCS complétés à partir de cas pratiques.

Nestrigue, Com Euelle, L. et Bricard, D. (2019). Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC). Document de travail Irdes ; 82. Paris Irdes : 32 tabl., graph.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/082-analyse-sequentielle-et-determinants-des-parcours-de-soins-en-phase-post-aigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf>

La complexité des parcours de soins des victimes d'un primo-Accident vasculaire cérébral (AVC), au cours des trois mois suivant la sortie de la phase aiguë hospitalière, est analysée à partir des données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS). L'étude s'appuie sur une méthode originale de construction des parcours individuels par analyse séquentielle basée sur l'identification et la chronologie des lieux de prise en charge à l'hôpital ou en ville et, pour la ville, sur les types de professionnels de santé intervenant. Les déterminants des parcours sont analysés en mesurant les effets propres de l'âge et du sexe, des caractéristiques cliniques, de la prise en charge médicale et de l'offre de soins locale. A la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation (en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)), six patients sur dix ont un parcours comprenant une prise en charge majoritairement à domicile, un patient sur quatre bénéficiant d'actes de rééducation en ville. Seulement un patient sur 20 bénéficie d'une prise en charge en ville avec des actes infirmiers en plus des actes de rééducation. A l'inverse, un patient sur trois, à la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation après un AVC, présente ensuite un faible recours aux soins. Moins de trois patients sur dix empruntent des parcours majoritairement en établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), le plus souvent pour des durées supérieures à deux mois. Les parcours où interviennent majoritairement les structures d'hébergement médico-sociales ne concernent qu'une minorité de patients (3 %). Enfin, 6 % des patients décèdent dans les trois mois suivant la sortie de l'hospitalisation en court séjour. Ces parcours de soins s'expliquent notamment par l'intensité des soins requis liée à des facteurs cliniques et démographiques (gravité de l'état de santé, âge, sexe). Cependant, les facteurs d'offre jouent aussi un rôle déterminant. La rééducation dans un SSR est plus fréquente quand la densité de lits de SSR est plus forte. Lors d'une prise en charge majoritairement à domicile, la rééducation semble initiée souvent tardivement suite au premier contact avec le médecin généraliste, alors qu'elle aurait dû répondre à une prescription hospitalière de sortie de MCO. En ville, la rééducation s'accompagne parfois d'interventions d'infirmiers, surtout quand l'offre libérale en soins infirmiers est importante. Nos travaux soulignent enfin l'importance des structures Unités neuro-vasculaires (UNV) dans la réduction de la mortalité. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les patients pris en charge dans une structure UNV lors de leur hospitalisation initiale préalable en phase aiguë décèdent moins souvent au cours des trois mois suivants (résumé d'auteur).

Rogez, R. et Bouygar, A. (2019). "Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé." Actualité Et Dossier En Santé Publique(107) : 38-41.

La loi de modernisation de notre système de santé 2016 a introduit de nouveaux dispositifs visant à améliorer la structuration des parcours de santé, notamment par la promotion des soins primaires et le renforcement des liens entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social. Les communautés professionnelles de santé (CPTS) sont l'un des dispositifs pouvant concourir à une meilleure organisation des soins et des parcours. Cet article rend compte du développement des CPTS dans la région Centre-Val de Loire.

2018

Baud, C., Lehericey, H., Xerri, J.-G., et al. (2018). Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui. Mettre en oeuvre et partager : 56, fig.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-2-mise-en-oeuvre-des-missions-et-organisation-d-une-plateforme-territoriale-d-appui/>

[BDSP. Notice produite par EHESP q9jtCR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours se sont développées. Parmi celles-ci, figurent les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'appui (PTA). Le présent document, à vocation opérationnelle, aborde la mise en oeuvre des missions et de l'organisation de ces dispositifs d'appui à la coordination de type PTA, en proposant des solutions organisationnelles. Il traite, à partir des enseignements issus du retour d'expériences des cinq projets TSN, des sujets-clés et des points de vigilance à prendre en considération pour le fonctionnement efficient d'un tel dispositif. Le présent tome est à mettre en lien avec les autres productions issues du retour d'expériences des projets TSN, et particulièrement le Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes.

Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2018). "Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (235) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/235-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local. L'évaluation des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, prévue dans le cahier des charges Paerpa, renvoie à des enjeux méthodologiques multiples en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire, et de l'hétérogénéité des territoires sélectionnés parmi un ensemble de territoires volontaires. Les premiers résultats observés à partir des données 2015 et 2016, années correspondant à la montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir un effet moyen significatif propre à Paerpa sur les indicateurs de résultats retenus lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires. Néanmoins, les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans quelques-uns d'entre eux, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires.

HAS (2018). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide. Paris Haute Autorité de santé : 77.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876272/fr/guide-coordination-entre-medecin-generaliste-et-acteurs-de-la-psychiatrie

Le médecin généraliste est un acteur majeur de la prise en charge des troubles mentaux. Il participe à la détection et au traitement des troubles et accompagne les patients dans le cadre d'une prise en charge globale. On constate en France une coordination insuffisamment développée entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale notamment. Cette situation peut aboutir à des ruptures de soins, susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour le patient, tant sur le plan psychiatrique que somatique. Pour répondre à ces enjeux, la HAS propose un guide pour aider les professionnels à développer et renforcer la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Il présente des expériences d'amélioration conduites en France et à l'étranger ainsi que des repères et

outils mobilisables de façon isolée ou combinée et en fonction des besoins, des ressources et des contraintes des professionnels.

Margat, A. et Morsa, M. (2018). "Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques(14) : 365.

Parmi les réponses apportées aux malades chroniques, l'éducation thérapeutique du patient tient une place importante. Cependant, un faible niveau de littératie en santé (LS) constitue un obstacle majeur pour accéder à cette éducation. Ceci est particulièrement déterminant chez les patients faiblement ou non alphabétisés qui bénéficient moins des actions d'éducation en santé et ne possèdent pas les compétences pour recourir aux ressources existantes. La LS est au carrefour de l'éducation, de la santé et de la culture et, en ce sens, elle nécessite une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. À ce titre, le médecin généraliste peut jouer un rôle central que ce soit par le repérage des patients avec un faible niveau de littératie ou la mise en œuvre d'interventions éducatives.

Mesnier, T. (2018). Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris Ministère chargé de la santé : 181.

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

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

Or, Z., Bricard, D., Le Guen, N., et al. (2018). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats et Annexes. Paris Irdes : 62, 15.

www.irdes.fr/recherche/rapports/567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-paerpa.pdf

Les expérimentations Paerpa (Parcours santé des aînés), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Irdes vise à porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport intermédiaire présente les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et dévoile les premiers résultats sur les données 2015-2016. Le document annexe propose une description des indicateurs qui sont suivis dans le cadre de l'évaluation d'impact Parcours santé des aînés (Paerpa). Ces indicateurs sont calculés sur la période 2010 à 2017 par l'Irdes pour suivre la consommation des personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires Paerpa et dans les territoires témoins.

2017

Bechade, C. (2017). Etude du parcours de soins du patient insuffisant rénal chronique : voies d'optimisation des phases de transition. Caen Université de Caen Normandie, Université de Caen Normandie. Caen. FRA. **Thèse de doctorat ; Université de Caen Normandie** : 154, tab., graph., fig.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01593460/document>

Les phases de transitions entre les différentes stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale peuvent être associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité lorsqu'elles ne sont pas anticipées. Il faut donc pouvoir définir des trajectoires de patient et faire en sorte de maîtriser les changements d'état afin d'améliorer la prise en charge du patient insuffisant rénal chronique. Cela ne peut être atteint sans une phase exploratoire préalable visant à étudier les phases de transition du parcours de soins intégrés. L'objectif de ce travail était donc d'étudier trois transitions présentes dans le parcours de soins du patient atteint d'insuffisance rénale chronique.

Gand, S., et al. (2017). "Évaluation qualitative PAERPA : rapport final." Serie Etudes Et Recherches - Document De Travail - Drees(135) : 72.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rFHROx8s. Diffusion soumise à autorisation]. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, et 85% d'entre elles ont au moins une pathologie. Ainsi, les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimenté dès 2013, ont pour objectif que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

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

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_panel3_mg_second_recours_16.pdf

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

Tsogli, E. S., et al. (2017). "Evaluation du suivi avant hospitalisation des patients diabétiques de type 2 âgés de 65 ans et plus." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **13**(1) : 34-39, tab.

Un patient diabétique de type 2 de plus de 65 ans sur deux est porteur de complications graves micro- ou macrovasculaires. Une évaluation des bonnes pratiques cliniques de suivi médical des diabétiques de type 2 a été réalisée sur une année dans le service de médecine polyvalente du centre hospitalier de Valenciennes pour mesurer le suivi des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Il en ressort qu'aucun des 75 malades inclus n'a bénéficié d'un suivi complet avant son admission dans le service. Une part importante de ces malades qui présentaient une ou plusieurs complications ne bénéficiaient pas d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le dosage de la microalbuminurie n'est réalisé que chez 30,6 % des inclus et l'hémoglobine glyquée trimestrielle chez 58,1 %. Les raisons principales sont le manque de prescriptions médicales et, lorsqu'elles sont faites, leur inobservance.

Cour des Comptes (2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Paris Cour des comptes : 192.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

La Cour des comptes rend public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060, et leur nombre atteindre alors 8,4 millions. Simultanément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions. Pour les personnes concernées et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement. La question des modalités de la prise en charge de la perte d'autonomie se posera de manière accrue, dans un contexte de ressources publiques limitées. La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants. La Cour estime donc nécessaire d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes.

Anap (2016). Organiser la gouvernance d'un projet Parcours - Retour d'expériences des territoires PAERPA. Paris ANAP : 32, fig.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

Cette publication s'inscrit dans une démarche globale de capitalisation autour du projet PAERPA et concerne, dans la phase de cadrage, l'organisation de la gouvernance. Le cahier des charges national PAERPA pose un cadre en matière d'organisation de la gouvernance dans le projet PAERPA. Cette publication présente, grâce à des retours d'expériences, comment les ARS se sont appropriées ce cahier des charges pour le mettre en œuvre au regard de leur réalité territoriale. Cette publication capitalise sur les modalités de mise en place de la gouvernance concernant les trois sujets suivants : - La mobilisation des partenaires et la mise en cohérence des instances : il convient d'identifier l'ensemble des partenaires ayant un intérêt dans le déploiement du projet et de les mobiliser au niveau des instances adéquates pour s'assurer de leur engagement ; - L'animation des instances : la mise en place de processus de suivi des décisions et les choix en termes de composition et d'animation des différentes instances, ont un impact sur le fonctionnement de la gouvernance ; - L'organisation de l'équipe projet : l'équipe projet doit réunir les ressources utiles au bon suivi et déroulement du projet.

Ministère chargé de la Santé (2016). Parcours de soins, parcours santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z. Paris Ministère chargé de la Santé : C, 90.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Les parcours se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile. Leur réussite repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'Etat et des organismes de protection sociale. Ce lexique de A à Z propose la définition des concepts les plus fréquemment évoqués dans les parcours. [résumé d'auteur]

Aissou, M., et al. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé, Bordeaux : LEH Editions

https://www.amazon.fr/Structurer-parcours-soins-sant%C3%A9-Politiques/dp/2848746211/275-1884112-3634352?ie=UTF8&*Version*=1&*entries*=0

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins. L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en œuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé. « L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. » D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement. Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

Buffetau, S. et L'Horty, Y. (2016). Sélectionner des territoires de contrôle pour évaluer une politique localisée : le cas des territoires de soins numériques. Bordeaux : ISPED.

http://www.tepp.eu/doc/users/268/bib/eva-tsnpdf_5329.pdf

Cette étude propose une démarche opérationnelle permettant de définir des territoires de contrôle dans le cadre de l'évaluation d'une politique publique territorialisée. Cette démarche s'applique à des expérimentations localisées dont les périmètres de mise en œuvre ont été fixés ex ante et où il est nécessaire de définir un territoire de contrôle pour chaque territoire test, par exemple parce que des enquêtes statistiques ad hoc sont déployées localement à des fins d'évaluation. La démarche comprend trois étapes. Elle nécessite des entretiens auprès des acteurs et le recours à des techniques statistiques variées, combinant analyses de données, classifications automatiques et régressions sur séries temporelles. Elle l'applique à la sélection des territoires de contrôle dans le cadre de l'expérimentation « Territoires de Soins Numériques » qui est un programme national des Investissements d'Avenir, doté de 80 millions d'€. Parmi tous les territoires témoins potentiels qui ont, au sein d'une région donnée, des caractéristiques comparables à celles du territoire expérimentateur, elle sélectionne ceux dont les déterminants de l'accès aux soins, tant du côté de la demande que de l'offre, sont les plus proches du territoire expérimentateur. Puis elle sélectionne les territoires qui présentent le plus de similitudes vis-à-vis du territoire test du point de vue de la prise en charge effective des patients et de leur accès aux soins. Cette procédure, répétée dans les cinq régions expérimentatrices, conduit à des résultats cohérents.

Guillaume, S. et Or, Z. (2016). "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (214) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Cette enquête qualitative exploratoire vise à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins. Réalisée au

printemps 2015 à partir d'entretiens semi-directifs, elle porte sur un échantillon de 18 personnes âgées de 72 à 90 ans, vivant à domicile ou en institution, ainsi que sur 4 aidants de patients atteints de pertes de facultés cognitives. Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Il semble y avoir une marge de manœuvre importante pour améliorer cette qualité relationnelle et la satisfaction des personnes avec des gestes simples. Les personnes enquêtées évoquent l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges ainsi que de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Jaffiol, C., et al. (2016). Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. Paris Académie Nationale de Médecine : 15.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/06/Maladies-chroniques-derni%C3%A8re-version-21-Juin-16-1.pdf>

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et la source principale des dépenses de santé. Leur dépistage précoce permet de limiter leur gravité évolutive et de réduire sensiblement leur coût. Mais, leur suivi thérapeutique se heurte à deux obstacles : le défaut fréquent d'observance du traitement par le patient et aussi, plus rarement, l'inadaptation thérapeutique à l'évolution clinique par le médecin. C'est pourquoi, il faut revoir fondamentalement la prise en charge du patient chronique pour le rendre autonome dans la gestion de sa maladie tout en donnant au praticien les moyens de gérer et de coordonner les diverses étapes de son parcours de soin. Cela exige de changer les mentalités de part et d'autre, mais aussi de donner au praticien les moyens financiers lui permettant de consacrer à ses patients plus de temps, au centre d'une nouvelle organisation interprofessionnelle. La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont les clés de cette révolution thérapeutique, fondée aussi sur l'éducation à la santé, une meilleure formation des professionnels de santé, un accès accru au numérique, mais aussi et surtout la reconnaissance, par des mesures concrètes, de la place du médecin généraliste dans un nouveau parcours de soins où il doit avoir un rôle central de coordination (résumé d'auteur).

Le, Boeuf, D., et al. (2016). "La coordination : un enjeu infirmier. Dossier." *Soins*(806) : 19-55.

Participer à la coordination des soins pour la prise en charge globale des personnes fait partie intégrante des activités infirmières. L'appellation "infirmier coordinateur" (IDeC) est désormais souvent utilisée, même si elle recouvre des réalités diverses. Cet article fait le point sur le rôle des infirmiers dans le parcours et la coordination des soins afin d'améliorer la prise en charge des malades.

Loubat, J. R., et al. (2016). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod

Dans la santé et le social, le parcours s'affirme comme le nouveau paradigme d'un accompagnement en prise sur le projet de vie et les situations successives de la personne. Les organisations de ces secteurs se trouvent en demeure de repenser leur mode de fonctionnement pour s'y adapter. D'autre part, le coût des ESSMS augmente continuellement pour des raisons de mise aux normes et d'entretien et ceux-ci doivent aujourd'hui mettre en place de nouvelles organisations, moins coûteuses et plus efficaces : des « organisations intelligentes », interactives avec leur environnement, plus souples et plus adaptatives. Les plates-formes de services représentent ce nouveau type d'organisation, mutualisant leurs moyens, optimisant les ressources et l'accès aux compétences, s'associant avec d'autres, capables de diminuer ou d'augmenter leur périmètre d'action assez rapidement et d'assurer la coordination des parcours des bénéficiaires.

Sirven, N. E. et Bourgueil, Y. E. (2016). La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes. *Les rapports de l'Irdes ; 563*. Paris IRDES : 113.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en->

[questions.pdf](#)

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la géro-geriatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

2015

Anap (2015). Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé. Paris ANAP : 36, tab., graph., fig.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/filieres_soins_enquete/Approche_territoriale_filieres_de_soins_Enquete_pers_agees_3territoires.pdf

Ce document présente les résultats d'une enquête proposée dans 3 territoires permettant de mieux connaître l'usage de dispositifs déjà déployés, de mieux comprendre les attentes des professionnels et de les associer dans ces choix : une enquête au service d'un projet de territoire réalisé avec des professionnels au service de la population. Cette enquête, menée sur les territoires de Strasbourg, du Nord-Ouest Val d'Oise et du Nord-Essonne entre septembre 2013 et janvier 2014, a permis de compléter la connaissance des ruptures de prise en charge rencontrées par les professionnels ainsi que les dispositifs opérationnels attendus.

HAS (2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ? Paris HAS : 97, tab., graph., fig.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays. Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'hospitalisations potentiellement évitables (de 19 à 67 % selon les études). D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des hospitalisations inappropriées. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident. Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif. Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation. Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur

les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

HAS (2015). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Fiche points clés - Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis HAS : 35, fig.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/fiche_parcours_polypathologie_du_sujet_age.pdf

Prendre en charge une personne âgée polypathologique est complexe de par la coexistence de pathologies chroniques et la présence de problèmes psychologiques et sociaux fréquemment associés. Cette prise en charge avait fait l'objet d'une réflexion dans le cadre de la mise en oeuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa). En 2013, la Haute Autorité de Santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS) qu'elle a complété en 2014 d'un questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans. En complément de ce travail, la HAS va élaborer une fiche « points clés » afin d'aider les professionnels de premier recours à prendre en charge les personnes âgées polypathologiques. Les fiches Points clés sont des documents courts dont l'objectif est d'apporter des réponses aux questions d'organisation du parcours des patients afin d'optimiser leur prise en charge. Cette note a pour objectifs : de rechercher et sélectionner les données de littérature sur le sujet ; de préciser les enjeux professionnels et de santé publique relatifs à la prise en charge d'une personne âgée polypathologique ; de préciser les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité ; de faire des propositions pour délimiter le sujet de cette fiche et identifier les questions abordées (résumé de l'éditeur).

Alcetegaray, et al. (2015). L'expérimentation Paerpa : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de soins. Rennes Presses de l'Ehesp, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA : 72, tab., graph., fig.

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%2012.pdf>

Face aux enjeux sanitaires et financiers liés à la dépendance, les pouvoirs publics encouragent la fluidification de la prise en charge de la personne âgée. Aussi, l'article 48 de la LFSS 2013 permet-il le lancement du projet pilote PAERPA dans neuf territoires. Ce dispositif porté par les ARS vise à coordonner les actions des acteurs de l'accompagnement par le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social pour organiser une prise en charge globale de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Cinq objectifs sont poursuivis : Le renfort du maintien à domicile, l'amélioration de la coordination des acteurs, la réduction des hospitalisations évitables, la sécurisation du retour à domicile et l'amélioration de l'utilisation du médicament, avec une focale particulière sur les quatre facteurs d'hospitalisation évitable que sont les chutes, la dénutrition, la iatrogénie et la dépression. Au-delà de la présentation du dispositif, ce rapport cherche, d'une part, à identifier les modalités et outils nécessaires à la mise en oeuvre de PAERPA (capitalisation sur l'existant, CCP, CTA, PPS, VSM, DLU, DP, DMP, SI, formations) et les interactions qu'ils génèrent entre les différents acteurs de statut souvent différent (institutions : ARS, CPAM, CG, CNSA ; établissements de santé, services et établissements sociaux et médico-sociaux ; professions libérales : médecins traitants, infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) afin de dégager les réalités territoriales de PAERPA, ses premiers facteurs de réussite ou obstacles. D'autre part, ce rapport évoque l'avenir du projet, non seulement dans la perspective de son évaluation, mais encore au regard de la notion de parcours développée comme axe structurant du système de santé du projet de loi de santé. A l'issue de cette étude, PAERPA se révèle être un dispositif qui se veut proche de l'utilisateur mais qui cristallise cependant une certaine complexité générée par le changement de paradigme d'approche de la prise en charge. Il apparaît comme un dispositif susceptible de participer aux mutations territoriales de l'offre de soins dans son acception la plus large.

Escourrou, E. (2015). Etude qualitative dans le cadre du projet pilote national Paerpa sur le territoire pilote des Hautes-Pyrénées. Toulouse Université Paul Sabatier, Université Paul Sabatier. Toulouse. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 72, tab., graph., fig.

<http://thesesante.ups-tlse.fr/809/1/2015TOU31029.pdf>

En l'absence d'étude qui explorait les attentes des personnes âgées envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie, il semblait intéressant, dans le cadre du projet PAERPA,

de mener une étude pour connaître les perceptions des personnes âgées sur les thèmes de perte d'autonomie, prévention de perte d'autonomie et place des professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. La question de recherche de cette thèse était la suivante : « Que signifie pour une personne âgée d'être à risque de perte d'autonomie ? ». L'objectif principal était de comprendre la perception des personnes âgées concernant le risque de perte d'autonomie. L'objectif secondaire était de comprendre leurs attentes, envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. L'étude s'inscrit dans le travail d'amélioration du PPS (Projet personnalisé de soins), organisé par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées. Les résultats de l'étude devaient permettre d'ajuster le PPS au plus près des attentes des personnes âgées.

Huzar, C. (2015). Le concept Paerpa : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 240, tab., graph., fig.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732716/document>

En l'absence d'étude qui explorait les attentes des personnes âgées envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie, il semblait intéressant, dans le cadre du projet PAERPA, de mener une étude pour connaître les perceptions des personnes âgées sur les thèmes de perte d'autonomie, prévention de perte d'autonomie et place des professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. La question de recherche de cette thèse était la suivante : « Que signifie pour une personne âgée d'être à risque de perte d'autonomie ? ». L'objectif principal était de comprendre la perception des personnes âgées concernant le risque de perte d'autonomie. L'objectif secondaire était de comprendre leurs attentes, envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. L'étude s'inscrit dans le travail d'amélioration du PPS (Projet personnalisé de soins), organisé par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées. Les résultats de l'étude devaient permettre d'ajuster le PPS au plus près des attentes des personnes âgées.

Laborde, C. et Rodwin, V. (2015). Hospitalisations potentiellement évitables : quel apport dans un diagnostic territorial ? *Rapports et Enquêtes*. Paris ORSIF : 62, tab., graph., fig.

Ce rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France se penche sur l'apport de l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) dans un diagnostic territorial. Cet indicateur est utilisé par d'autres pays de l'OCDE comme un marqueur de défaillance des parcours de soins. En France, cet indicateur est en cours d'appropriation et ses modalités sont actuellement discutées. Des études précédentes ont estimé que 5% des hospitalisations sont potentiellement évitables en Île-de-France. Leurs résultats montrent qu'il existe de fortes inégalités territoriales face aux HPE en Île-de-France qui ne s'expliquent pas uniquement par des inégalités de précarité et de morbidité. L'objectif de cette nouvelle étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire.

Lelievre, M. (2015). Travailler ensemble en soins de premiers recours : quelle place pour la coordination et la coopération. Illustrations à partir de quatre exemples. Angers Faculté de Médecine, Université d'Angers. Faculté de Médecine. Angers. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 240, tab., graph., fig.

<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20107121/2016MCEM5180/fichier/5180F.pdf>

En se basant sur les résultats d'une revue de la littérature, cette thèse analyse le travail en équipe au niveau des soins primaires selon quatre axes : regroupement des professionnels de santé, coopération autour des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, coopération entre médecins et infirmières, collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Martin, F. (2015). Enquête sur les opinions et les attentes des personnes intégrées dans la mise en place du projet Paerpa en Mayenne. Angers Faculté de Médecine, Université d'Angers. Faculté de Médecine. Angers. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 50, tab., graph., fig.

<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20032143/2015MCEM5149/fichier/5149F.pdf>

Devant l'augmentation de la population âgée dépendante, la mise en place d'un parcours fluide et identifié est nécessaire. De là est né le projet Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

(PAERPA). Expérimenté dans 9 territoires pilotes, il a pour but de repérer les personnes fragiles de plus de 75 ans, afin de retarder l'entrée dans la dépendance, d'éviter les hospitalisations non programmées et de retarder l'entrée en institution, par un travail coordonné entre les différents acteurs, grâce à un Plan personnalisé de santé (PPS). Ce travail a participé à l'évaluation du PAERPA au travers d'une étude qualitative exploratoire par entretiens individuels semi dirigés. Il a concerné 13 personnes âgées bénéficiant d'un PPS. Les aspects étudiés étaient leur compréhension, leurs attentes, leur opinion sur le travail coordonné et leur ressenti concernant la démarche proactive. Les réponses recueillies ont mis en évidence un manque de compréhension du projet, bien qu'elle semblait meilleure parmi les membres de la famille. La notion la mieux comprise était la coordination. Cette coordination était bien acceptée, et vécue comme sécurisante. Les attentes concernaient essentiellement les difficultés pour les actes de la vie quotidienne. La proactivité divisait : certains appréciaient que la démarche vienne des professionnels de santé, d'autres la ressentaient de manière intrusive. La différence de perception de la fragilité entre les professionnels et les patients a pu expliquer le vécu parfois intrusif de la démarche. Un des éléments importants du PAERPA est l'évaluation à distance de la mise en place, qui, associée à la coordination, semble être un atout majeur du projet.

Mondelin, P. et Vallee, J. (2015). "Suivi des patients chroniques : comment les médecins généralistes installés voient-ils les prescriptions de leur remplaçant ?" Medecine : De La Medecine Fattuale a Nos Pratiques **11(8)** : 371-380.

En France, en 2004, près de la moitié (42 %) des motifs de recours au médecin généraliste (MG) étaient le suivi des affections chroniques stables. Ces consultations habituellement appelées « renouvellement d'ordonnance » font le plus souvent l'objet de prescriptions médicamenteuses. La France était alors le premier pays européen consommateur de médicaments, avec une dépense totale représentant 30,3 milliards d'euros soit 486 euros par personne. Or la consommation inappropriée de médicaments est source de possibles effets indésirables et de dépenses évitables.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012. Paris, Irdes

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations "Parcours santé des aînés" (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Simon, M. (2015). Accompagnement et prise en charge des personnes âgées dépendantes : état des lieux en France et positionnement au niveau local pour le pharmacien d'officine. Nantes Faculté de Médecine, Université de Nantes. Faculté de Médecine. Nantes. FRA. **Thèse de Doctorat en Pharmacie** : 130, tab., graph., fig.

La société française est confrontée à une transition démographique : le vieillissement de sa population. En raison de la sommation des facteurs sociaux, psychologiques, économiques, et des comorbidités médicales, cette population âgée constitue une tranche d'âge fragile. La perte d'autonomie et la dépendance sont les problématiques majeures qui découlent. Malgré les difficultés, ce travail met en évidence que les plus âgés expriment la volonté de vieillir chez eux. Le maintien à domicile est donc un domaine amené à se développer dans les années à venir. Le pharmacien y a son rôle à jouer en plus de l'accompagnement des personnes âgées dans le bon usage de leurs traitements. L'accompagnement global d'une population passe de plus en plus par une prise en charge pluridisciplinaire, en intégrant au mieux les habitudes de vie du patient. Nous proposons ici quelques axes de réflexion visant à renforcer la position du pharmacien dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. Le parcours de soins de celles-ci est souvent complexe et représente un véritable enjeu

de Santé Publique. Ce travail propose des d'outils d'aide au dépistage, à l'orientation et à l'accompagnement par le pharmacien d'officine de cette population particulièrement vulnérable.

2014

HAS (2014). Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis HAS : 2 vol (5;67).

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_methodo_cdc_etp_paerpa_web.pdf

L'expérimentation PAERPA (personne âgée en risque de perte d'autonomie) obéit à un cahier des charges adopté par le comité de pilotage national et prévoit, outre des outils de coordination élaborés par la HAS, l'utilisation de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) de la personne âgée. Ces programmes concernent les quatre facteurs d'hospitalisation identifiés : les chutes, la dépression, les problèmes liés à la polymédication et la dénutrition.

HAS (2014). Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, Paris : HAS

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf

Cette fiche fait suite à la fiche « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » et au modèle de plan personnalisé de santé élaborés par la HAS. Son objectif est de présenter des repères et des outils pour modéliser la démarche d'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles vivant à domicile.

ORS (2014). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, 4 fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_integregation_infirmiers_10.pdf

Cette étude a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux des Pays de la Loire, en partenariat avec le Ministère chargé de la santé (Drees) et cofinancé par l'ARS, la Drees et l'URPS-ml. Elle analyse l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire concernant l'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques. Ces résultats proviennent du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. L'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques est expérimentée depuis plusieurs années, en particulier dans le cadre du protocole ASALÉE. Ce protocole, qui peut concerner les diabétiques de type 2, les patients à risque cardiovasculaire, les fumeurs à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les personnes âgées, s'étend aujourd'hui dans plusieurs régions, dont les Pays de la Loire.

Cnamts (2014). L'Assurance Maladie poursuit le déploiement des services en santé pour favoriser la prévention et l'organisation du parcours de soins, Paris : CNAMTS

Ce dossier de presse fait le point sur les actions de l'assurance maladie en matière d'accompagnement de ses assurés pour les aider à devenir acteur de leur santé et améliorer leur qualité de vie. Il fait le bilan des programmes Sophia diabète, Prado (accompagnement du retour à domicile). Il présente également le nouveau programme de coaching en ligne, Santé Active".

ORS (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire ; 7. Nantes ORS Pays de la Loire : 12, fig., tabl.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_dependancedomicile_7.pdf

La prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance sont des problématiques auxquelles les médecins généralistes sont régulièrement confrontés : la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (PAD) vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient, ainsi qu'un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long. La dimension sociale fait partie intégrante de la prise en charge des PAD telle qu'elle est perçue par une majorité de médecins généralistes. Six praticiens sur dix déclarent notamment avoir participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne, et plus d'un médecin sur deux pense que son rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques. L'aide à la toilette et les soins d'hygiène illustrent néanmoins la complexité des modes d'intervention auxquels les médecins peuvent faire appel : la diversité des professionnels impliqués (infirmiers libéraux, aides-soignants, aides à domicile...), tout comme leur disponibilité hétérogène selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs missions de coordination sanitaire et sociale. A cet égard, plus de 40 % des praticiens déclarent participer à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile pour la dernière PAD vue, et la très grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

ORS (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire; 8. Nantes ORS Pays de la Loire: 12, fig., tabl.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_dependanceinstitution_8.pdf

Les Pays de la Loire disposent d'une offre très développée en structures d'accueil pour personnes âgées. L'accessibilité géographique de ces établissements est particulièrement élevée, et la majorité des personnes âgées dépendantes (PAD) ligériennes vivent en institution. L'enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes libéraux de la région montre que ce contexte a une incidence sur les pratiques des professionnels de santé. Dans les Pays de la Loire, près de 85 % des médecins généralistes suivent au moins une PAD vivant en institution, et ils interviennent alors le plus souvent dans plusieurs établissements différents. Près de deux praticiens sur trois déclarent continuer à suivre une PAD après son entrée en institution. Les conditions d'exercice en institution des médecins généralistes libéraux sont très variables, et dépendent en partie des modalités d'organisation des établissements. S'agissant de la dernière PAD vue en institution, 34 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir été rémunérés par l'établissement (21 % en France). Un praticien sur quatre indique avoir une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient (38 % en France).

Bloch, M. A., et al. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris : Dunod

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

Bourgueil, Y. et Perlberg, J. (2014). "Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'Assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (196) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf>

Les travaux présentés ici avaient pour but de tester la faisabilité et de valider l'intérêt du rapprochement de données médicales avec des données de remboursement de l'Assurance maladie. Ce chaînage de données individuelles s'inscrit dans la constitution, à terme, d'un système d'information visant à développer la recherche sur les services de santé. Un tel système d'information permettrait, à partir d'un échantillon représentatif des médecins généralistes et des patients, de mesurer la morbidité traitée en soins primaires et d'analyser les pratiques des médecins généralistes ainsi que les parcours de soins des patients afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins.

Buyck, J.-F., et al. (2014). "La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile." Etudes et Resultats (Drees) (869) : 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qFR0x9mA. Diffusion soumise à autorisation]. Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à la prise en charge et au maintien à domicile des personnes âgées. Ce suivi nécessite souvent un déplacement et un temps de consultation relativement long. Deux praticiens sur trois ont participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne d'une personne âgée dépendante. La diversité des professionnels impliqués, comme l'hétérogénéité de leur disponibilité selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans ses missions de coordination des soins. 40% d'entre eux participent à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile, et la grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Fery-Lemonnier, E. c., et al. (2014). "Parcours de santé : enjeux et perspectives." Actualite Et Dossier En Sante Publique(88) : 11-56.

La notion de parcours répond à la nécessité de modifier le système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des besoins de la population. Au sein des parcours sont organisés la prévention, le soin, les prises en charge médico-sociales. Ce dossier en aborde les enjeux et les perspectives.

Hardy-Bayle, M. C. et Younes, N. (2014). "Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?" Information Psychiatrique (L') 90(5) : 259-371.

L'article présente les données qui établissent l'insuffisante coopération entre les médecins généralistes (MG) et les psychiatres (Psy) et ses effets sur les soins des patients présentant un trouble psychique, à partir des données internationales et des particularités françaises. Il présente ensuite les dispositifs de soins partagés, dédiés à la coopération entre MG et Psy qui ont été développés dans les Yvelines Sud, à partir de l'enquête réalisée en 2000 sur le territoire par le Groupe de coopération sanitaire « RPSM 78 ». L'article expose leur mise en œuvre et leur fonctionnement basé sur des évaluations du dispositif. Les pratiques collaboratives posent la question des critères d'adressage du MG au psychiatre et comment promouvoir les conditions de coopération optimales entre MG et psy en utilisant les courriers échangés comme levier de changement. La recommandation « MG-Psy » secondairement labellisée par la Haute Autorité de la santé et parue en 2011 s'inscrit dans cette démarche. Les leçons tirées de l'expérience valident l'intérêt de développer des soins partagés entre MG et Psy. Les modalités pour y parvenir peuvent se décliner diversement selon les territoires, en tenant compte des organisations et des ressources existantes et des initiatives locales.

Le, Chaffotec, A. (2014). "Care path and sociodemographic attributes: the case of rare diseases in France." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 32(5-6) : 389-409.

[BDSP. Notice produite par ORSRA I18GR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article offre une illustration des facteurs influençant la trajectoire de soins suivie par les malades, en prenant l'exemple de malades atteints d'une maladie rare. Grâce à une base de données originale de 587 malades interrogés, il est possible d'observer que les caractéristiques personnelles des malades influencent la longueur et la forme de la trajectoire de soins. Nous analysons en particulier trois variables enclines à témoigner de la qualité de la trajectoire de soins pour les maladies rares : le délai de diagnostic, la connaissance et la consultation des centres de référence dédiés à ces maladies. Nous montrons que la première variable est influencée par des caractéristiques personnelles, telles que l'âge du malade, par les choix de contacts médicaux effectués par le malade (le nombre de contacts et la structure contactée) et par les attributs de la maladie (sévérité et prévalence). Les deux autres variables sont essentiellement influencées par la dimension régionale, c'est-à-dire la région d'habitation du malade et la distance kilométrique qui sépare son habitation du centre de référence. Cela est susceptible de constituer un frein à l'encontre de la politique de santé publique visant à mettre en place des dispositifs organisationnels et à améliorer l'accès au soin, à l'instar des centres de référence maladies rares. (résumé auteur).

Toulouse, C. et Nollet, C. (2014). Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. Nantes Faculté de médecine. **Diplôme d'Etat de Doctorat en médecine** : 144, tab., graph., fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/autres/pdl_2014_Prix_ORS_2015_ERNST_NOLLET.pdf

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont une réalité en France et une priorité de santé publique pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Le médecin généraliste (MG), par sa place privilégiée dans le système de soins, appréhende directement le contexte social des individus. Il est donc en mesure d'éviter d'accroître ces ISS, et peut contribuer à les diminuer. Cela implique qu'il adopte une attitude proactive pour recueillir des informations sur la situation sociale des patients, afin d'adapter sa prise en charge à leurs besoins, d'évaluer sa pratique, et de fournir des données de santé publique. L'objectif de cette thèse était d'explorer, dans une perspective compréhensive, le recueil actuel de données sociales par les MG, et leur perception des nouvelles recommandations émises dans ce domaine. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 25 MG des Pays de la Loire, suivie d'une analyse thématique par codage en double aveugle, a été conduite et permis ainsi un recueil des données sociales des patients et de leur prise en charge.

2013

HAS (2013). Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?, Paris : HAS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

Cette fiche précise les conditions optimales de prise en charge aux trois étapes de la transition entre les établissements hospitaliers et la ville : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. Elle met l'accent sur : le repérage dès l'admission des patients à haut risque de réhospitalisation, la préparation de leur sortie en lien avec leur médecin traitant, la mise à disposition des documents de sortie le jour même de la sortie et les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie.

(2013). "Projets pilotes de parcours : Paerpa au 1er septembre 2013." Reseaux Sante & Territoire(48) : 9-11.

Cet article revient sur la proposition de projets pilotes par les ARS (agences régionales de santé) sur les parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) qui pourra être lancée après la diffusion du cahier des charges prévu à l'article 48 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Tout devra être prêt pour un démarrage effectif des nouvelles expérimentations à partir du 1er septembre 2013.

Charpentier, B., et al. (2013). "Une coordination des soins nécessaires mais parfois compliquée : exemple de Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon" www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

l'insuffisance rénale chronique." Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine **197**(8) : 1523-1530.
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Le développement des moyens diagnostiques et thérapeutiques, la spécialisation des activités médicales, la complexité croissante des prises en charge, rendent de plus en plus nécessaire la coordination des soins, notamment dans le domaine du suivi thérapeutique. Les prescriptions émanent de plus en plus, non seulement du médecin généraliste coordinateur, que des multiples spécialistes et des Services hospitaliers ou des Cliniques. La difficulté réside donc dans la centralisation des informations seule garante d'une stratégie cohérente. Il n'existe aucun outil qui permette à chaque prescripteur d'avoir connaissance des autres traitements ordonnés. Le pharmacien dispensateur se trouve isolé du prescripteur même s'il bénéficie du dossier pharmaceutique du malade qui lui permet d'identifier seulement les traitements effectivement délivrés. La situation est particulièrement délicate pour les prescriptions multiples des personnes âgées, relevant des poly-pathologies mais aussi des difficultés intellectuelles et mnésiques propres à ces patients. La coordination des soins entre les acteurs de santé est l'objet de cette séance qui se déroulera en trois étapes : un exposé liminaire illustré par des exemples et incluant les associations de patients ; celles-ci sont souvent nées de la nécessité d'une information qui n'est pas suffisamment dispensée et, à la condition qu'elles ne se transforment pas en machine de revendications excessives, doivent être encouragées parce qu'elles constituent un lien indispensable entre soignants et soignés ; les difficultés propres à certaines affections : diabète, asthme, dermatite atopique ou à certains traitements : anti-cancéreux, anti-vitamines K, à certaines populations (sujets âgés) ou à certaines circonstances à risques (passage de l'hôpital à la ville, etc.) ; — enfin un message aux acteurs administratifs et politiques au moment où va être discutée une nouvelle loi relative à la santé publique.

2012

De, Stampa., M., et al. (2012). "Opening the Black Box of Clinical Collaboration in Integrated Care Models for Frail, Elderly Patients." Gerontologist (the) **53**(2) : 313-329.

Purpose: The purpose of the study was to understand better the clinical collaboration process among primary care physicians (PCPs), case managers (CMs), and geriatricians in integrated models of care. Methods: We conducted a qualitative study with semistructured interviews. A purposive sample of 35 PCPs, 7 CMs, and 4 geriatricians was selected in 2 integrated models of care for frail elderly patients in Canada and France: System of Integrated Care for Older Patients of Montreal and Coordination of Care for Older Patients of Paris. Data were analyzed using a grounded theory approach. Findings: The dynamics of the collaboration process develop in three phases: (1) initiating relationships, (2) developing real two-way collaboration, and (3) developing interdisciplinary teamwork. The findings suggest that CMs and geriatricians collaborated well from the start and throughout the care management process. Real collaboration between the CMs and the PCPs occurred only later and was mostly fostered by the interventions of the geriatricians. PCPs and geriatricians collaborated only occasionally. Implications: The findings provide information about PCPs' commitment to the integrated models of care, the legitimization of the CM's role among PCPs, and the appropriate positioning of geriatricians in such models.

2010

Bourgueil, Y. (2010). "Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux." Revue Française Des Affaires Sociales(3) : 13-20.

L'auteur de cet article présente le contenu et les objectifs de ce numéro en clarifiant tout d'abord le concept de « soins primaires » et en pointant les enjeux de la mise en œuvre de ce type d'organisation dans le cadre de la réforme de la gouvernance des soins de santé dont sont chargées les agences régionales de santé (ARS).

2009

Amalric, F., et al. (2009). Hospitalisations évitables et soins primaires. Paris IMS Health : 32, tabl.
<https://studylibfr.com/doc/3058164/hospitalisations-%C3%A9vitables-et-soins-primaires>

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer la qualité des soins ambulatoires en France en comparaison à celle au Royaume-Uni au travers des « hospitalisations évitables ». La comparaison avec le Royaume-Uni est pertinente du fait que les deux pays sont comparables en termes de niveaux économiques et d'offre de soins, et en même temps différents en termes d'organisation des soins. Dans un deuxième temps, cette étude a essayé de comprendre l'origine des différences observées, et pour ce faire, a comparé la prise en charge de patients atteints de pathologies à hospitalisation évitable au travers d'une étude rétrospective longitudinale. Cette étude apporte plusieurs éléments nouveaux au débat actuel sur l'organisation des soins en France. Premièrement, elle souligne la qualité des soins ambulatoires en France par rapport à son voisin outre-manche. La différence entre les deux pays en termes hospitalisations évitables est significative, et apparaît même importante lorsque sont prises en compte les différences de prévalence de plusieurs pathologies. L'étude de prise en charge des patients suggère que cette différence provient d'un accès plus facile et rapide des malades à leurs médecins en France qu'au Royaume-Uni, soulignant ainsi les problèmes des longs délais d'attente Outre-Manche.

Benainous, O., et al. (2009). "Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(3) : 177-189.
<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-3-page-177.htm>

[BDSP. Notice produite par CNAMTS o7qHR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Selon cette étude d'impact, les tableaux de bord de suivi (TBS) facilitent l'application des recommandations en consultation. Facilement transposables à d'autres logiciels, pour toutes les pathologies chroniques et la prévention, leur utilisation contribuerait à structurer et coder uniformément les informations des dossiers médicaux et fournirait à chaque médecin des indicateurs sur la qualité de sa pratique.

Gentile, S., et al. (2009). "Les patients "non urgents" se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ?" *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* **57**(1) : 3-9, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA kR0xm8GC. Diffusion soumise à autorisation]. Les services d'urgence (SU) connaissent un problème d'engorgement dû à la part croissante de patients dits "non urgents". Pour pallier ce problème, des dispositifs, comme les Maisons médicales de garde (MMG), ont été mis en place. L'objectif de ce travail est d'évaluer la disposition des patients "non urgents" à être réorientés vers ces dispositifs dès leur entrée au SU. Une étude transversale d'une semaine a été menée dans le SU adulte de l'hôpital de La Conception (Marseille). Les patients jugés "non urgents" par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ont été, dès leur entrée, interrogés sur leur mode de soins habituels, les motifs et le parcours de soins avant le SU, le niveau d'urgence ressenti et leur disposition vis-à-vis d'une éventuelle réorientation, enfin les actes réalisés et le mode de sortie. Résultats : Parmi les 245 patients reçus, 110 ont été jugés "non urgents" par l'IAO et 85 ont pu être interrogés. Dans 76,4 % des cas, le patient a décidé seul de son recours au SU, mais un tiers avait auparavant cherché à contacter un médecin. Les principaux motifs de consultation sont la douleur (55,3 %), l'accès au plateau technique (37,6 %) et la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville (22,3 %). Le niveau moyen d'urgence ressenti est de 10,6 sur une échelle de zéro à vingt. La moitié des motifs sont traumatologiques. Un tiers des patients a eu un examen complémentaire, six un acte thérapeutique et aucun n'a été hospitalisé. Plus des deux tiers des patients accepteraient d'être réorientés à leur arrivée au SU. Les deux principaux facteurs liés à cette décision sont l'activité professionnelle (odds-ratio [OR]=4,5 ; intervalle de confiance [IC] 95%=1,6-12,9) et le niveau d'urgence ressenti (OR=0,88 ; IC 95%=0,8-0,9). Parmi les consultants refusant la réorientation (31,8 %), près de 41 % d'entre eux seraient prêts à payer un supplément pour rester au SU. Conclusion : Des structures comme les MMG, adossées aux SU, semblent constituer une alternative pertinente pour les consultants "non urgents". Le succès des réorientations pourrait cependant être conditionné par les

horaires d'ouverture de ces structures et la pratique de certains actes techniques.

Gouyon, M. (2009). "Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)* (11) : 19, tabl., fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss11.pdf>

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

Rioli, M. (2009). Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins : synthèse du groupe de travail pharmaciens d'officine. Paris Syndicats des Pharmaciens d'Officine : 48, tabl., graph.

<http://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/06/rapport-rioli.pdf>

Le législateur vient d'inscrire dans la loi HPST les articles 36 relatif au conseil pharmaceutique pour le premier recours et l'article 38 relatif au rôle du pharmacien d'officine et à ses nouvelles missions. La profession dans sa représentation la plus élargie a accepté la constitution d'une commission de réflexion intra-professionnelle présidée par Monsieur Michel Rioli afin de donner du contenu et du sens à ce rôle évolutif et élaborer le projet professionnel adéquat. En effet, la qualité de professionnel de santé de proximité, fait que la pharmacie d'officine est une porte d'entrée facilement accessible au système de soins et un acteur incontournable dans la coordination des soins. Ce rapport présente les propositions du groupe de travail sur la pharmacie d'officine sous deux angles : l'angle professionnel et l'évolution économique nécessaire à la pharmacie d'officine.

2008

Bouchayer, F. (2008). Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité. Marseille Ehes ; Shadyc : 125.

Ce projet vise à mieux connaître et « décrypter » les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) « tout venant » exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon privilégiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils « vivent » et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgés. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la « présence des patients ».

Bournot, M.-C., et al. (2008). "Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié." *Etudes et Resultats (Drees)* (649) : 8, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er649.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xr7I98. Diffusion soumise à autorisation]. Dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire) collaborent avec un vaste réseau de professionnels mais échangent le plus souvent avec les spécialistes et les pharmaciens. Ils jouent un

rôle pivot dans le parcours de soins, ils conseillent très souvent des noms de confrères, principalement en fonction de critères relationnels : habitude de travail, certitude du retour d'information. Parallèlement à ces "réseaux professionnels informels", un certain nombre de généralistes déclarent adhérer à des formes de coopération plus institutionnelles, les "réseaux de santé".

Collet, M. et Gouyon, M. (2008). "Recours urgents et non programmés à la médecine de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles." *Etudes et Resultats (Drees) (625)* : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er625.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE A8R0xjBA. Diffusion soumise à autorisation]. En prenant en charge une part considérable des recours urgents ou non programmés, les généralistes de ville répondent à une demande spécifique de soins. L'enquête, interrogeant à la fois le médecin et son patient, permet de dégager les raisons subjectives et objectives de consulter, le contenu de la séance, mais également les suites du recours. Après consultation, 94% des patients obtiennent une prescription de médicaments ou d'examen généralement respectée. Pour un recours sur dix, le médecin estime que son patient aurait pu différer sa consultation.

2007

Bertrand, A. d. (2007). "Filières gériatriques." *Technologie Et Sante(61)* : 1-43, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xpAwkQ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de vieillissement généralisé, le nombre de personnes âgées fragiles va fortement augmenter. L'hôpital doit répondre à ce défi. Pour éviter des ruptures si préjudiciables dans la prise en charge du patient âgé et promouvoir un accompagnement global et cohérent de celui-ci, l'ensemble des dispositifs de soins doit être recensé. La mise en oeuvre concrète de filières gériatriques intégrées dans des réseaux spécifiques constitue donc une priorité stratégique.

Franc, C., et al. (2007). "La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale." *Serie Etudes - Document De Travail - Drees(69)* : 61, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee69.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pGHbBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. Environ 13 % des consultations et visites de généralistes sont consacrées à des enfants. Plus souvent prises en charges par des jeunes femmes médecins, elles présentent des caractéristiques marquées qui les distinguent en moyenne de celles des adultes. Les affections des enfants, bénignes mais souvent aiguës, touchent principalement les voies aériennes supérieures. La prévention et les dépistages font l'objet d'une consultation ou visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La mise en évidence d'éventuelles différences entre les pratiques des médecins est l'objet de la dernière partie de cette étude.

Praznocy-Pepin, C. (2007). Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. *Urgences en médecine générale*. Paris ORSIF : 20, tabl., graph.

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2007/Etude2007_7/2007_recoursSoins_urgences_1_.pdf

Basée sur une enquête réalisée par la Direction de la recherche ? des études et de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans toutes les régions de France métropolitaine, en octobre 2004, cette étude analyse les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. Les médecins concernés sont les libéraux exerçant ou non au sein d'une association d'urgentistes. L'analyse porte sur les caractéristiques socio-démographiques des patients, les motifs de recours, la durée des séances, les prescriptions d'actes et les orientations à la suite des visites et consultations.

2003

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

Baubeau, D. et Carrasco, V. (2003). "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières." Etudes Et Resultats(215) : 12, 18 graph.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er215.pdf>

L'enquête réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de près de 10 000 patients ayant fréquenté les services d'urgence hospitaliers a permis de faire apparaître des types de recours, de pathologies et de prises en charge fortement différenciés en fonction de l'âge (cf Études et résultats, n° 212, janvier 2003 « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale »). De manière à compléter les informations recueillies auprès des équipes soignantes, des interviews téléphoniques ont été réalisées auprès de 3 000 de ces usagers non hospitalisés. Ces entretiens visent à mieux appréhender les caractéristiques de ces patients, les trajectoires qu'ils ont suivies avant leur arrivée aux urgences et les motifs qui les ont amenés à y recourir. Les patients ont également été interrogés sur le déroulement de la prise en charge aux urgences et leur connaissance des autres dispositifs susceptibles de répondre à une demande de soins non programmés.

2002

(2002). "Le nomadisme médical existe-t-il ?" Evaluations & Perspectives(9) : 2.

Fournier, P. (2002). "La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile." Gerontologie Et Societe(100) : 131-145, tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG gR0xr0m8. Diffusion soumise à autorisation]. Avec le vieillissement de la population et l'arrivée des pathologies du grand âge, le recours à l'hôpital est plus fréquent. Il faut éviter au maximum les entrées catastrophes par les urgences. La filière de soins hospitalière doit développer des alternatives plus satisfaisantes et moins traumatisantes : consultation d'évaluations, hôpital de jour, hospitalisation programmée, etc.. La collaboration ville-hôpital passe par des moyens de communication pour transmettre des données médicales, sociales et environnementales. Ce partenariat est favorisé par les réseaux et doivent permettre de limiter les hospitalisations injustifiées, de réussir les sorties difficiles et d'améliorer l'état de santé de la population âgée par la transmission d'un savoir-faire gériatrique.

Lievre, P. (2002). "Réseaux et filières : des origines aux développements les plus récents." Gestions Hospitalieres(417) : 412-422.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0x9E1sd. Diffusion soumise à autorisation]. La portée de l'organisation en réseaux et filières reste incertaine, d'abord en raison de la contradiction pour les acteurs de terrains entre leur libre initiative en la matière et obligation qui leur est faite de s'intégrer dans ces dispositifs. Plus encore, cette situation tient aux limites du champ de compétences actuel des dispositifs en vigueur et de leur cadre juridique. Les réseaux et filières n'ont pas encore trouvé leur juste place dans l'organisation sanitaire.

2000

Breuil-Genier, P. (2000). "Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent." Insee Premiere(709) : 4, 2 tabl., 1 graph.

Une personne confrontée à un problème de santé peut décider de faire appel à un médecin. En premier recours, elle s'adresse sept fois sur dix à un généraliste, et trois fois sur dix directement à un spécialiste. Le choix est très lié au milieu social : ainsi, dans les ménages de cadre, le recours direct au spécialiste est deux fois plus fréquent que dans les ménages d'ouvrier. Au cours des quinze jours qui suivent le premier recours, un patient sur sept consulte à nouveau pour la même maladie. Mais rares sont ceux qui vont voir un spécialiste après avoir vu un généraliste en premier recours. L'accès direct

au spécialiste ou l'existence d'un deuxième recours médical ne sont pas plus fréquents chez les bénéficiaires d'une couverture maladie complémentaire. En revanche, en cas de problème de santé, ils décident plus souvent que les non-bénéficiaires d'aller consulter un médecin.

1998-1992

(1998). "Quelques aspects du nomadisme médical." Notes Et Documents(3) : 8.

Cette note compare 3 études réalisées sur le nomadisme médical, afin de définir et quantifier l'ampleur du phénomène. Elle met en évidence 2 types de positions : certains s'entendent à reconnaître qu'il s'agit d'un phénomène marginal (CPAM de Côte-d'Or), d'autres au contraire tentent de démontrer qu'il s'agit là d'un phénomène non négligeable qui pourrait avoir un impact significatif en termes de coût (Canam, Cnam).

Guignon, N. (1994). "Du généraliste au spécialiste : qui conseille de consulter ?" Solidarite Sante - Etudes Statistiques : 109-116, 104 graph.

A partir de l'enquête Santé et Soins Médicaux 1991-1992, l'analyse des séances de médecin générées ou reçues d'un confrère permet une première approche des filières de soins en médecine ambulatoire. Trois séances de médecin sur cinq sont des séances de généraliste et plus de la moitié de ces séances résultent d'une initiative individuelle. Les généralistes induisent plus de séances qu'ils n'en reçoivent et ce sont les spécialistes des pathologies relatives aux organes profonds qui reçoivent ainsi essentiellement leurs patients. L'activité diagnostique est plus importante au cours des séances conseillantes pour les généralistes et les actes techniques plus nombreux aux cours des séances conseillées pour les spécialistes. Les résultats présentés dans cet article proviennent de l'enquête "Santé et soins médicaux : 1991-1992".

Guyomar, C. (1994). "Les consultations dans les établissements de santé : qui s'y rend et pourquoi ?" Solidarite Sante - Etudes Statistiques(1) : 103-105, 101 graph., 101 tabl.

Si l'hôpital a une obligation de soins, les urgences, il joue par ailleurs un rôle social. Le fait de choisir pour lieu de soins l'hôpital plutôt qu'un cabinet de médecine de ville n'est pas anodin et l'étude des populations concernées met en évidence leurs caractéristiques propres : par exemple, les patients n'ayant pas de couverture sociale sont plus nombreux qu'ailleurs. La population soignée est également médicalement plus "lourde". Les soins dispensés à l'hôpital sont généralement plus spécialisés qu'en cabinet ; ils donnent plus souvent lieu à une prescription pharmaceutique et plus fréquemment à une prescription d'analyse ou d'examen (Résumé d'auteur). Source : Enquête Santé et Soins Médicaux 1991-1992.

Jaloux, C. (1992). Une approche statistique du nomadisme médical au Régime Agricole. Paris CCMSA : 22, tabl., graph., ann.

Cette étude de la Mutualité Sociale Agricole porte sur les remboursements d'actes médicaux effectués par les Caisses du Régime Agricole de mai à octobre 1991. Elle analyse la mobilité des malades par rapport à leur médecin et cherche à savoir si les ressortissants du régime agricole changent fréquemment ou non de praticien et de préciser l'importance du nomadisme médical.

REVENUS ET MODES DE REMUNERATION : DU PAIEMENT A L'ACTE A LA REMUNERATION A LA PERFORMANCE

Voir aussi sur le Site de l'Irdes :

[Les modes de rémunération des médecins à l'étranger](#)

Les revenus

2022

Cnam (2022). Missions et rémunération des pharmaciens : éclairages internationaux. #1 - janvier 2022. Paris Cnam: 42.

L'épidémie de Covid-19 semble avoir marqué un tournant pour les pharmaciens d'officine. Dans un contexte de crise sanitaire, ces professionnels ont endossé de nouvelles missions dans la plupart des pays européens. Ce phénomène s'inscrit dans un mouvement global de renforcement du rôle des pharmaciens dans les systèmes de santé engagé depuis de nombreuses années. En France, le décret relatif aux nouvelles missions du pharmacien d'officine publié en octobre 2018 définit de nouvelles prestations couvrant notamment l'éducation à la santé, la prévention et le dépistage de certaines affections, la lutte contre les addictions, des actions

Dixte, C., Vergier, N. (2022). Revenu des Médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. "Etudes & résultats (Drees)" (1223).

[Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/recherche-des-etudes-de-levaluation-et-des-statistiques)

Cette photographie des revenus est issue d'un appariement des données relatives à l'activité libérale des médecins issues de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et des données issues des déclarations de revenus recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). La DREES réalise cet appariement tous les trois ans depuis 2005 afin d'étudier les revenus des médecins libéraux. Cette étude analyse plus particulièrement les disparités qui existent entre les différentes spécialités et les évolutions observées depuis 2014. Des données provisoires pour 2018 et 2019, issues des déclarations à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) complètent l'analyse.

2021

Bourgeois, I., Morize, N. et Fournier, C. (2021). "Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer." [Questions D'Economie de la Sante \(Irdes\) \(262\)](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf>

La circulaire du 13 avril 2018 informe les Agences régionales de santé (ARS) sur la procédure concernant le suivi des projets s'inscrivant dans les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), dispositifs issus de l'article 51 de la LFSS pour 2018. En région, l'initiation de la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep s'étend du premier semestre 2018 au début de l'année 2020. Comment les acteurs régionaux, en particulier les ARS, s'emparent-ils de ces nouveaux dispositifs dont une partie est conçue à l'échelle nationale ? L'enquête sociologique qualitative, fondée sur une vingtaine d'entretiens menés entre novembre 2019 et février 2020 dans quatre régions ayant participé à la phase de co-construction des cahiers des charges des expérimentations nationales Peps et Ipep, analyse les étapes suivies par les référents régionaux des ARS et du réseau de l'Assurance maladie, ainsi que les enjeux rencontrés dans cette phase initiale. Cette étude de cas interroge plus largement le rôle des différents échelons territoriaux dans l'élaboration et la mise en œuvre du renouvellement de l'action publique en santé.

Cassou, M., Mousques, J. et Franc, C. (2021). "Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes." [Questions D'Economie de la Sante \(Irdes\) \(258\)](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf) : 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>

Entre 2008 et 2020, 1 300 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale. Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins. Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Cassou, M., Mousques, J. et Franc, C. (2021). Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France. *Document de travail Irdes* ; 84. Paris Irdes: 35.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/084-revenu-et-activite-des-medecins-generalistes-impact-de-l-exercice-en-regroupement-pluriprofessionnel-en-france.pdf>

La France a d'abord expérimenté en 2009, puis généralisé, un paiement à la coordination au niveau de la structure pour promouvoir les regroupements pluriprofessionnels en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). L'exercice en équipe vise à améliorer à la fois l'efficacité de l'offre de soins ambulatoires et l'attractivité pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires médicalement défavorisés. Afin d'évaluer l'attractivité financière, et donc la pérennité des MSP, nous avons analysé l'évolution des revenus (revenus libéraux et salariés) des médecins généralistes (MG) exerçant en MSP par rapport à ceux des autres MG. Nous avons également étudié les impacts de l'exercice en MSP sur l'activité des MG, en termes de quantité de services médicaux fournis et de nombre de patients rencontrés. Nous avons tenu compte des biais de sélection en MSP en nous fondant, à partir de données de panel sur la période 2008-2014, sur un design quasi-expérimental associant : 1) la constitution d'un groupe de MG témoins afin d'équilibrer la répartition des médecins généralistes, à partir d'un appariement exact (coarsened exact matching, CEM) ; 2) des analyses paramétriques en type différence de différences avec effets fixes (individuels et temporels) pour tenir compte de l'hétérogénéité non observée. Nous montrons que les MG ayant choisi d'exercer dans une MSP au cours de la période ont vu leurs revenus augmenter de 2,5 % de plus que les autres MG ; le nombre de patients rencontrés par les MG (88 de plus) a davantage augmenté sans entraîner une augmentation plus importante des actes fournis. Une analyse transversale complémentaire pour l'année 2014 a montré que ces changements n'avaient pas d'impact négatif sur la qualité au sens de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Par conséquent, nos résultats suggèrent que les préférences en termes d'activité et de revenu ne devraient pas constituer un obstacle au développement des MSP et que l'exercice en MSP pourrait améliorer l'accès des patients aux services de soins de premier recours.

Morize, N., Bourgeois, I. et Fournier, C. (2021). "Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (261) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

L'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permet la mise en place d'expérimentations de financements dérogatoires au droit commun pour les acteurs du secteur de la santé. Parmi elles, les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) visent à faire évoluer les modes de financement des soins primaires en France, jusqu'alors largement dispensés par des professionnels de santé libéraux dont la rémunération est principalement à l'acte. Cependant, pour mettre en place ces évolutions au niveau local, les équipes du ministère en charge de la santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) doivent articuler deux objectifs : composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables que le plus grand nombre pourra s'approprier et qui soient adaptés aux contraintes du système de santé. Comment les équipes nationales articulent-elles ces deux dimensions ? Cette enquête s'appuie sur une méthodologie qualitative mobilisant l'analyse de documents et d'une trentaine d'entretiens semi-directifs, menés entre octobre 2019 et juin. Elle montre comment les équipes nationales s'organisent pour expérimenter et sortir des processus habituels en détaillant, d'abord, la manière dont le dispositif de l'article 51 et des expérimentations a été conçu. Puis l'analyse des processus de sélection des expérimentateurs et d'élaboration des cahiers des charges, qui définiront précisément les modèles économiques des expérimentations, souligne comment les cadres d'interaction entre professionnels de santé et pouvoirs publics se renouvellent.

2020

(2020). "L'accueil des patients bénéficiaires de la CMU-C : une baisse des dépassements par acte mais pas d'impact sur les honoraires totaux des médecins et dentistes libéraux." *References Etude(2)* : 2.

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/news_liste.php?news_nbrec=144

La recherche menée par la Chaire santé se situe dans le cadre des réflexions menées pour mettre en place des politiques de lutte contre les refus de soins. Il s'agit d'étudier l'impact de l'interdiction des dépassements d'honoraires applicable aux bénéficiaires de la CMU-C sur les honoraires et l'activité des médecins et des dentistes libéraux. Plus précisément, la recherche vise à estimer l'impact de la variation de la proportion de patients bénéficiaires de la CMU-C d'un médecin sur ses honoraires, ses dépassements moyens et son volume d'activité. Les médecins et dentistes qui reçoivent des patients CMU-C subissent-ils une perte significative de

revenus ? Ou parviennent-ils à les maintenir avec une hausse de leur volume d'activité ou une revalorisation de leurs dépassements d'honoraires facturés aux autres patients ?

(2020). "Rémunération des pharmacies d'officine française : du médicament aux soins." *Revue Prescrire* **40(440)** : 456-462.

En France, le médicament remboursable reste une composante majeure de l'économie des pharmacies d'officine. La rémunération des pharmaciens d'officine s'est longtemps appuyée sur le prix de vente des médicaments, telle une pratique commerciale classique. En 2020, elle repose en grande partie sur des honoraires détachés du prix des médicaments, mais encore en partie liés aux volumes de vente. Cette évolution s'est déployée dans le cadre d'une convention entre l'assureur maladie obligatoire et les syndicats des pharmaciens d'officine. Cette convention, maintes fois amendée, définit la prise en charge des honoraires par la Sécurité sociale selon un schéma complexe.

Anap (2020). Article 51 EDS, IPEP et PEPS : premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations. Paris Anap.

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2765>

La présente publication tire les premiers enseignements de la mise en œuvre des trois expérimentations nationales EDS (épisode de soins), IPEP (incitation à une prise en charge partagée) et PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé), un an après leur lancement. Il ne s'agit pas d'un rapport d'évaluation de ces expérimentations en cours, mais d'une synthèse des points clés de leur démarrage. Ainsi, les premières actions déployées ou en cours de conception peuvent servir de source d'inspiration pour les autres expérimentateurs.

Dormont, B. et Gayet, B. (2020). Impact de l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C sur l'activité des médecins et des dentistes libéraux. Paris Legos : 34.

https://www.legos.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/recherche_et_valo/LEGOS/cv/publications/dormontgayet.pdf

La facturation de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire CMU-C est interdite pour sécuriser leur accès aux soins. À l'aide de données longitudinales administratives quasi-exhaustives couvrant la période 2005-2014, nous regardons l'impact de cette interdiction sur les revenus et les comportements des médecins de toutes spécialités et des dentistes libéraux. Nos estimations montrent qu'elle conduit à une baisse significative de la valeur moyenne des dépassements par acte quand les médecins accueillent plus de patients CMU-C. La possibilité d'amortir la contrainte de prix par report sur les dépassements des autres patients apparaît donc limitée pour les dentistes et la quasi-totalité des spécialités médicales en secteur 2. Toutefois, cette contrainte sur les tarifs n'a pas d'impact négatif significatif sur les honoraires totaux, et ce pour les dentistes et la quasi-totalité des spécialités médicales. Dans la plupart des cas, on observe qu'ils augmentent leur activité pour maintenir leurs honoraires quand leur part de patients CMU-C augmente.

Pla, A., Chone, P. et Coudin, E. (2020). "Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît." *Études et Résultats (Drees)* (1137) : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1137.pdf>

En France, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 peuvent ajouter au prix conventionnel de l'acte un dépassement d'honoraires. Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux faisant l'objet de cette étude (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2. En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien, comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels, alors qu'en secteur 2, des mécanismes de concurrence sont systématiquement mis en évidence. En cas de hausse de la densité médicale locale, le volume de soins fournis par un spécialiste de secteur 2 augmente, alors que le prix pratiqué diminue. Il peut ainsi maintenir le niveau de ses honoraires. Face à l'arrivée de nouveaux concurrents, les spécialités techniques adaptent leur activité en augmentant les actes techniques pratiqués pour compenser la baisse du nombre des consultations. Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

Prescrire (2020). "Rémunération des pharmacies d'officine française : du médicament aux soins." *Revue Prescrire* **40(440)** : 456-462.

En France, le médicament remboursable reste une composante majeure de l'économie des pharmacies d'officine. La rémunération des pharmaciens d'officine s'est longtemps appuyée sur le prix de vente des médicaments, telle une pratique commerciale classique. En 2020, elle repose en grande partie sur des honoraires détachés du prix des médicaments, mais encore en partie liés aux volumes de vente. Cette évolution s'est déployée dans le cadre d'une convention entre l'assureur maladie obligatoire et les syndicats des pharmaciens d'officine. Cette

convention, maintes fois amendée, définit la prise en charge des honoraires par la Sécurité sociale selon un schéma complexe.

2019

Fiat, C., Autin, C., Bernalicis, U., et al. (2019). Proposition de loi sur les dépassements d'honoraires médicaux. Paris Assemblée nationale : 8.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion1577.asp>

Dans un contexte d'inégalités d'accès aux soins à la fois géographique et financière en France, cette proposition de loi a pour objectif de limiter les dépassements d'honoraires des médecins pour lutter contre les délais d'attente et le renoncement aux soins.;

2018

Pla, A. (2018). "Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014." *Etudes et Resultats (Drees) (1080)* : 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent-la-hausse>

Entre 2005 et 2014, le revenu annuel moyen des médecins libéraux a progressé de 1,0 % par an en euros constants. Si la répartition des médecins par sexe, âge et secteur de conventionnement était restée identique entre 2005 et 2014, toutes choses égales par ailleurs, les revenus d'activité libérale des médecins auraient progressé de 1,9 % par an en moyenne. En effet, au cours de la période, le niveau d'activité moyen des médecins a diminué, sous l'effet du vieillissement de la profession et de sa féminisation, l'activité des femmes étant légèrement plus faible que celle des hommes. Ces deux facteurs démographiques contribuent ainsi à modérer la hausse du revenu d'activité libérale, respectivement de 0,6 point et de 0,3 point. En revanche, le développement des installations en secteur à honoraires libres joue, lui, légèrement en faveur d'une hausse du revenu moyen (0,1 point). Ces effets de structure sont particulièrement sensibles pour les stomatologues, les psychiatres et les pédiatres. Ils sont quasiment nuls pour les chirurgiens. Après prise en compte de ces effets de structure, les pneumologues, les ophtalmologues et les gastroentérologues restent les spécialités ayant connu les plus fortes progressions de revenu.

2017

(2017). "Rémunération : les nouveaux modes." *Concours Medical* **139**(1) : 20-30.

Ce dossier présente les nouveaux modes de rémunération créée par la loi de la Sécurité sociale pour 2017, qui constituent une modalité inédite de financement collectif alloué à des structures regroupées pluriprofessionnelles de soins primaires. Comment postuler à ces forfaits, que financent-ils et comment sont-ils calculés, qu'en disent les équipes qui les perçoivent ? De l'expérimentation à la généralisation, tout ce que vous devez savoir (d'après le texte)

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

<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-11-29-dp-observatoire-pratiques-tarifaires.pdf>

Ce dossier présenté par la Caisse nationale d'assurance-maladie, le 29 novembre 2017, rassemble les résultats de son observatoire sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé. Cette étude montre que le nombre de praticiens en honoraires libres continue d'augmenter, avec 1 625 spécialistes en secteur II de plus en cinq ans. Le montant total des dépassements a ainsi atteint en 2016 le niveau record de 2,66 milliards d'€ (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes), soit près de 300 millions de plus qu'en 2011 (il était alors de 2,35 milliards). Le taux de dépassement moyen s'inscrit toutefois en baisse en 2016, à 51,9 %, contre 55,4 % en 2011. Entre 2015 et 2016, la baisse est de 1,4 point. Sans surprise, les professions avec les plus forts taux de dépassement sont les gynécologues (70,8 %), les psychiatres (73,2 %), les pédiatres (62,7 %), les dermatologues (66,5 %) et les chirurgiens (61,9 %). Même s'il reste du chemin à parcourir, le contrat d'accès aux soins mis en place en 2012 et assoupli en 2016 avec les nouvelles dispositions plus souples (Optam et Optam-CO) commence à porter ses fruits.

Cnamts (2017). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Paris Cnamts : 206, tabl.

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-07_rapport-propositions-pour-2018_assurance-maladie_0.pdf

Ce rapport annuel de la Caisse nationale d'assurance-maladie propose un ensemble de recommandations pour maîtriser les dépenses de santé, soit 1,94 milliard d'€ d'économies pour 2018, soit la moitié des 4 milliards attendus par le gouvernement. Quelque 750 millions d'€ sont visés grâce à une meilleure prescription des médicaments ou à la promotion des génériques, en mettant l'accent sur les biosimilaires. La Cnam souhaite ensuite économiser 510 millions sur la "pertinence et (le) bon usage des soins", dont 160 millions pour la limitation des dépenses de transports, 100 millions en matière d'indemnités journalières (arrêts maladie). Le virage ambulatoire, qui vise à réduire les hospitalisations, et "l'adéquation de la prise en charge en établissement", doit ensuite permettre de réduire les dépenses de 470 millions d'€. Enfin, "la lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital" doit permettre d'économiser 210 millions. Ces mesures "n'incluent pas les actions sur les prix des produits de santé, dont les médicaments, liées aux négociations conduites dans le cadre du comité économique des produits de santé (CEPS)", précise l'Assurance-maladie, ni certaines actions de la sphère hospitalière (achats, limitation de la masse salariale, etc)... L'Assurance-maladie suggère de créer un fonds dédié à l'innovation "organisationnelle", qui financerait des expérimentations à grande échelle. Il prendrait, par exemple, en charge la rémunération des professionnels impliqués dans de nouveaux circuits de soins en attendant leur intégration au circuit de prise en charge conventionnel. Les expériences seraient ainsi évaluées, avec des publications scientifiques à la clef. Parmi les projets éligibles, la Cnam cite le maintien à domicile grâce aux objets connectés, la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux, de nouveaux modes d'organisation des soins de ville. Elle souhaite également instaurer dès 2018, dans 3 ou 4 régions et pour deux ou trois ans, un paiement forfaitaire en chirurgie, incluant le coût des éventuelles réhospitalisations. Ce nouveau mode de financement dit "à l'épisode de soins", repose sur une forme de garantie médicale, assortie d'un service après-vente. Ce serait la première fois en France que la non-qualité - liée par exemple à des infections contractées sur le site opératoire - serait pénalisée via la tarification de l'activité. Ce projet devrait figurer dans le projet de budget 2018 de la Sécurité sociale.

Girault, A., et al. (2017). "Les modes de paiements à la coordination : État des lieux et pistes pour une application en France." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **35**(2) : 109-127.

[BDSP. Notice produite par ORSRA rR0xE9nE. Diffusion soumise à autorisation]. L'émergence de nouveaux modes de paiement occupe une place majeure dans la transformation du système de soins. Parmi eux, les "paiements à la coordination" retiennent l'attention des pouvoirs publics, désireux d'améliorer la coordination des soins. L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux de ces paiements et de proposer des pistes pour leur mise en oeuvre dans le contexte français. Pour cela, nous avons conduit une revue intégrative de la littérature à partir des bases de données Medline, Econlit et Cochrane. Nous avons identifié 569 papiers puis, après application de nos critères, notre recherche a finalement inclus 39 papiers. Peu de preuves robustes peuvent, pour le moment, être portées au crédit de ces paiements, malgré quelques signes prometteurs. Les papiers sélectionnés concernaient en grande majorité des expériences aux Etats-Unis. Différents écueils à éviter ont été identifiés concernant notamment le niveau d'intégration des offreurs de soins, la question du transfert de risque du payeur vers les offreurs de soins ainsi que la variabilité des prises en charge. Cette analyse critique a également permis de dessiner les différents jalons pour la construction d'un tel paiement. Une fois le type de paiement choisi et la pathologie ciblée, différentes étapes sont à suivre : définir un parcours standard en collaboration avec les offreurs de soins ; calculer le montant du paiement ; définir des critères qualité qui serviront de variables d'ajustement éventuelles ; et enfin, s'entendre sur la clé de répartition du paiement entre les organisations concernées. De même, des évaluations externes de ces nouveaux modes de paiement sont nécessaires pour tester la valeur-ajoutée du dispositif. L'ensemble constitue des pistes pour une éventuelle application dans le contexte français.

Pla, A. (2017). "Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014." *Etudes et Resultats (Drees)* (1022) : 6.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/medecins-liberaux-une-hausse-moderee-de-leurs-revenus-entre-2011-et-2014>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Ajo8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2014, les médecins libéraux ont perçu en moyenne un revenu d'activité de 112 000 euros, nettement plus élevé pour les spécialistes (141 000 euros) que pour les omnipraticiens (86 000 euros). Entre spécialités, des écarts de revenus moyens importants existent, et cette hiérarchie perdure. Entre 2011 et 2014, les revenus des médecins ont progressé en moyenne de 0,3 % par an.

Poissonnet, C. (2017). *Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire*. Nantes Faculté de Médecine, Université de Nantes. Faculté de Médecine. Nantes. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 69, tab., annexes.

Contexte : le paiement à l'acte constitue le principal mode de rémunération des médecins généralistes français. Chaque acte, clinique ou technique, est inscrit dans une nomenclature et correspond à une cotation qui permet sa description et sa tarification. Deux nomenclatures coexistent, la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et la CCAM (classification commune des actes médicaux). Les données issues du codage des actes constituent un outil précieux d'analyse des pratiques médicales et permettent de mieux orienter les actions visant à améliorer la qualité du système de soins. Cependant, les médecins généralistes n'offrent pas une bonne visibilité de la diversité de leur activité du fait d'une utilisation non optimale de la cotation des actes. Objectif : quantifier les principaux freins à l'utilisation de la cotation des actes en médecine générale et étudier l'influence des caractéristiques des médecins sur ces freins. Évaluer secondairement la pratique de la cotation des actes et les moyens à mettre en oeuvre pour faciliter cette pratique. Méthode : étude quantitative épidémiologique descriptive transversale basée sur un auto-questionnaire distribué par voie postale durant l'été 2016 à l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. Analyse des données par tri à plat, puis analyses univariées et multivariées par régressions logistiques. Résultats : 1 201 questionnaires ont été exploités, le taux de réponse était de 38 %. Les principaux freins à la cotation des actes étaient : la complexité du codage 80,3 % (IC 95% [78,1 ; 82,6]), le manque de connaissance et de formation 60,9 % (IC 95% [58,1 ; 63,6]), l'oubli de coter 57,6 % (IC 95% [54,8 ; 60,4]) et le manque d'optimisation des logiciels médicaux 57,1 % (IC 95% [54,3 ; 59,9]). Ces freins différaient en analyse multivariée selon les caractéristiques des médecins. Les jeunes médecins avaient significativement plus choisi les freins tournés vers les patients : appréhension de la réaction des patients non informés des tarifs (OR 0,95, IC95% [0,94-0,96], $p < 0,0001$) et culpabilité financière pour les actes de plus de 23 € (OR 0,95, IC95% [0,94-0,96], $p < 0,0001$). Les analyses secondaires suggèrent une sous-utilisation de la cotation des actes, ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques. Les maîtres de stage (OR 1,87, IC95% [1,41-2,49], $p < 0,0001$) et les jeunes médecins (OR 0,97, IC95% [0,96-0,99], $p < 0,0001$) semblaient avoir une meilleure utilisation de la cotation des actes. Selon les médecins de l'étude, les meilleurs moyens d'améliorer cette pratique seraient de réaliser une plaquette simplifiée des principaux actes 80 % (IC 95% [77,8 ; 82,3]) et d'optimiser les logiciels médicaux 79,6 % (IC 95% [77,3 ; 81,9]). Conclusion : la cotation des actes est apparue comme un système trop complexe pour lequel les médecins généralistes manquaient de connaissance et de formation. Nos résultats encouragent à promouvoir la formation des médecins à la cotation des actes et l'utilisation d'outils facilitant cette pratique.

2015

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

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

Omalek, L. c. et Rioux, L. c. (2015). *Emploi et revenus des indépendants - Edition 2015. Collection Insee Références*. Paris INSEE : 152, tabl., graph.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374698#:~:text=Emploi%20et%20revenus%20des%20ind%C3%A9pendants%20d'ordonnement%202015,'un%20donneur%20d'ordre>.

Cet ouvrage a pour vocation d'offrir une vue aussi complète que possible sur les travailleurs indépendants. Cette édition succède aux ouvrages publiés en 2006 et 2009 sur ce sujet. L'ouvrage est structuré en deux grandes parties. La première est constituée d'un panorama de l'emploi et des revenus d'activité des non-salariés en 2011 et de quatre dossiers. Le premier dossier de la publication se penche sur les ressources qui viennent compléter le revenu agricole des foyers d'agriculteurs. Le deuxième dossier s'intéresse aux conditions d'exercice et aux revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés. Il montre que les jeunes médecins, installés depuis moins de cinq ans, sont moins souvent généralistes et plus souvent spécialistes que leurs aînés ; ils exercent également plus souvent une activité salariée en complément de leur activité libérale. Le troisième dossier porte sur les non-salariés dans les secteurs culturels. Ces secteurs se distinguent par une part élevée de non-salariés dans l'emploi, une forte présence des auto-entrepreneurs, de nombreux pluriactifs et des revenus relativement faibles. Le quatrième dossier examine le patrimoine professionnel et privé des indépendants. La seconde partie de l'ouvrage est constituée d'un ensemble de fiches thématiques et sectorielles dans lesquelles sont rassemblés et commentés les chiffres de référence sur les non-salariés. Selon la structure habituelle de la collection, chaque fiche comprend une page de commentaires et une page de figures (tableaux ou graphiques). Les fiches thématiques éclairent des sujets transversaux à l'ensemble des secteurs d'activité : situation des indépendants

selon la catégorie juridique et la taille de l'entreprise, disparités de revenu, pluriactivité, conditions de travail, répartition sur le territoire métropolitain, éléments de comparaison européenne. Les fiches sectorielles proposent, quant à elles, pour chaque grand secteur d'activité, les principales données sur l'emploi (effectifs, part des auto-entrepreneurs, part des pluriactifs, part des femmes) et sur les revenus d'activité, en distinguant les indépendants « classiques » et les auto-entrepreneurs.

Pla, A. et Mikol, F. (2015). Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Collection Insee Références. Paris INSEE : 43-58.

Les médecins ayant une activité libérale peuvent avoir plusieurs sources de revenus (bénéfices non commerciaux, revenus salariés, etc.), avec différentes combinaisons possibles de ces modes de rémunération. Ils disposent d'une grande liberté dans la détermination de leur niveau et de leur type d'activité. Les médecins à « honoraires libres » (secteur 2) peuvent en outre pratiquer des dépassements d'honoraires en sus du tarif conventionnel de chaque acte. Les jeunes médecins, installés depuis moins de cinq ans, se distinguent de leurs aînés par leurs caractéristiques sociodémographiques mais aussi dans la pratique de leur activité. Ils sont plus souvent chirurgiens ou anesthésistes et moins souvent généralistes. Parmi les jeunes généralistes, les femmes sont désormais majoritaires. Les jeunes médecins exercent plus fréquemment que leurs aînés une activité salariée en plus de leur activité libérale. Les jeunes spécialistes sont beaucoup plus fréquemment installés en secteur 2 (59 % contre 41 % en moyenne). Entre 2005 et 2011, les revenus globaux des jeunes médecins ont progressé, en euros constants, de 2 % pour les généralistes et de 11 % pour les spécialistes. Ils ont été tirés à la hausse par l'augmentation des revenus salariaux ainsi que, pour l'activité libérale, par le développement des rémunérations versées sous forme forfaitaire par l'Assurance-maladie.

Saint-Lary, O., et al. (2015). "Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?" Exercer la Revue Francophone de Médecine Générale 26(119) : 52-61.

Les auteurs de cet article se proposent d'effectuer une synthèse des données concernant différentes modalités de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, la capitation, le paiement à la performance et le salariat.

2014

Cnamts (2014). Dépassements d'honoraires 2013 : Observatoire des pratiques tarifaires. Paris Cnamts : 24, tabl., graph., fig. <http://www.annuaire-secu.com/pdf/observatoire-pratiques-tarifaires12mars2014-V6.pdf>

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

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

Après plus de vingt ans de hausse quasi-ininterrompue, le montant global des dépassements d'honoraires facturés par les médecins libéraux a légèrement baissé en 2013. Ainsi, selon les chiffres transmis par la CNAMTS aux syndicats de médecins pour la Commission paritaire nationale du 5 mars 2014, le taux moyen de dépassement des spécialistes, au-delà du tarif de la Sécurité sociale, était de 56,3 % en 2013, contre 56,7 % en 2012 et 56,9 % en 2011. Le taux de dépassement était encore inférieur à 40 % du tarif remboursable au début des années 2000, et de moins de 30 % au milieu des années 1990. À noter que les 5 800 généralistes et MEP de secteur II voient dans le même temps leur dépassement moyen passer à 45,9 % contre 45,3 % en 2011.

Bellamy, V. (2014). "Les revenus des médecins libéraux. Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008." Serie

Sources et Methodes - Document de Travail - Drees(45) : 123.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8ksIR0xj. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'intéresse aux revenus d'activité des médecins libéraux en 2008 et propose une analyse détaillée des disparités de revenus entre les médecins, notamment en termes de spécialité ou de secteur de conventionnement, et en étudie les déterminants (intensité de l'activité, dépassements pratiqués, zone d'exercice, caractéristiques personnelles, etc.) L'utilisation d'une base de données unique appariant les données de l'assurance-maladie (activité, honoraires.) aux données issues des déclarations fiscales (DGFIP, retraitées par l'Insee) offre ainsi une vision du vaste champ d'analyses possibles dans ce domaine.

Kervasdoué, J. d. d. (2014). Le revenu des professions de santé, Paris : FNMF ; Paris : Economica

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

Marie, R. (2014). "La généralisation du tiers payant : entre amélioration de l'accès aux soins et défiance des médecins." Droit Social(10) : 847-853.

Le paiement direct des honoraires au médecin libéral et plus largement à l'ensemble des professionnels de santé reste la règle de facturation. Malgré la multiplication des exceptions légales et conventionnelles qui couvrent aujourd'hui 33 % des consultations de ville et l'amélioration constante des délais de remboursement, la généralisation du tiers payant est devenue un chantier prioritaire et un axe de la stratégie nationale de santé. Si le projet semble séduisant, sa mise en place se heurte à de nombreux problèmes techniques et soulève en filigrane la délicate question de l'indépendance des médecins libéraux.

Pla, A. (2014). Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011. Les Comptes nationaux de la santé 2013., Paris : Ministère chargé de la Santé : 147-154.

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011. En 2011, les revenus d'activité des médecins libéraux, sommes des revenus tirés de l'activité libérale et de ceux tirés d'une éventuelle activité salariée complémentaire, varient du simple au double selon les spécialités. Ils sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. La hiérarchie des revenus selon la spécialité est restée pratiquement stable depuis 2005. Entre ces deux dates, les revenus ont cependant augmenté plus fortement pour les spécialistes, en particulier ceux de secteur 2, que pour les généralistes. La dispersion des revenus des médecins spécialistes s'est en outre accrue, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus.

Samson, M. L. et Dormont, B. (2014). Does it pay to be a doctor in France? Wp ; 1/2014. Paris Université Paris Dauphine : 28, tabl., graph., fig.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01518428/document>.

This paper examines whether general practitioners (GPs) earnings are high enough to keep this profession attractive. It sets up two samples, with longitudinal data relative to GPs and executives. Those two professions have similar abilities but GPs have chosen a longer education. To measure if they get returns that compensate for their higher investment, this study analyses their career profiles and construct a measure of wealth for each individual that takes into account all earnings accumulated from the age of 24 (including zero income years when they start their career after 24). The stochastic dominance analysis shows that wealth distributions do not differ significantly between male GPs and executives but that GP wealth distribution dominates executive wealth distribution at the first order for women. Hence, while there is no monetary advantage or disadvantage to be a GP for men, it is more profitable for women to be a self-employed GP than a salaried executive.

2013

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

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

Raully, A. (2013). "Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 31(7-8) : 473-486, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA pFJ7JR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail est d'apporter des éléments de compréhension au débat actuel concernant la forme que doit prendre la rémunération des actes de télémédecine pratiqués par les médecins libéraux. Depuis la reconnaissance juridique de la pratique en 2009, aucun compromis entre la tutelle et les représentants des médecins n'a été trouvé. La question principale est donc de savoir sur quels éléments repose le débat. Si les pouvoirs publics proposent de s'appuyer sur les expériences étrangères réussies de déploiement de la télémédecine, le corps médical préfère voir la télémédecine s'intégrer dans des contrats existants. Ainsi, deux grandes tendances peuvent être mises en évidence. Dans un premier cas les recommandations faites pour le déploiement de la télémédecine préconisent une réorganisation profonde du mode de rémunération et d'organisation du système de santé. L'objectif étant avant tout de réduire l'asymétrie d'information entre les acteurs du système. Dans un second cas il est proposé de mettre en application des réformes limitées mais suscitant l'adhésion d'un plus grand nombre de médecins en vue de ne pas dégrader leurs représentations de la profession. (Résumé auteur).

2012

Allaert, F. A. et Quantin, C. (2012). "Responsabilités et rémunérations des actes de télé-expertise." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 30(4) : 219-229.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9I8HR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. La télé-expertise, c'est à dire l'aide au diagnostic apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance du premier qui lui fait parvenir des informations à l'aide d'un dispositif télématique, est un acte médical qui doit être reconnu comme tel pour son rôle dans l'amélioration de la qualité des soins. Cet article analyse les responsabilités respectives des médecins impliqués dans un acte de télé-expertise et les modalités de rémunération propre à la téléassistance afin de définir le cadre conventionnel ou contractuel qui pourrait être envisagé.

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

Launay, K. (2012). L'éducation thérapeutique du patient en médecine générale. Bobigny Université de Paris 13, Faculté de Médecine de Bobigny, Université de Paris 13. Faculté de Médecine de Bobigny. Bobigny. FRA : 99, ann.

L'éducation thérapeutique se développe en France face à la double nécessité d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et de maîtriser les dépenses de santé. C'est un processus éducatif continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Cette thèse a pour objectif d'étudier les pratiques et les connaissances de médecins généralistes installés en Seine-Saint-Denis en termes d'éducation thérapeutique. Un questionnaire auto-administré a donc été adressé à 150 médecins généralistes, les interrogeant sur leurs connaissances, leurs pratiques et leurs attentes face à l'ETP. La nature du questionnaire (auto-administré) et la taille restreinte de notre échantillon constituent des limites à cette étude. Les résultats montrent cependant que l'ETP est intégrée aux pratiques quotidiennes des médecins généralistes mais la conception qu'ils en ont reste néanmoins centrée sur l'information sans intégrer ses dimensions pédagogiques et psycho-sociales. Comme dans les autres études sur le sujet, le manque de temps mais aussi le manque de formation et le mode de rémunération représentent les principaux freins à la pratique éducative. Un des défis à relever pour le développement de l'ETP est donc de promouvoir la formation médicale initiale et continue dans ce domaine. Autre défi, la valorisation financière doit inventer un nouveau mode de rémunération en associant par exemple la reconnaissance de consultations longues (diagnostic éducatif et bilan d'évaluation des acquis) à une rémunération forfaitaire pour les séances d'ETP. Ces 2 éléments (formation et valorisation financière) participeront à l'intégration durable de l'ETP à notre système de soins. Le médecin généraliste formé et reconnu pour son rôle d'éducateur sera l'un des principaux

garants de ce développement.

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

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

2011

(2011). Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système, Paris : CNAMTS

<http://docplayer.fr/23611044-Medecins-exercant-en-secteur-2-une-progression-continue-des-depassements-d-honoraires-la-neeessite-d-une-reforme-structurelle-du-systeme.html>

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

Abecassis, P. et Domin, J. P. (2011). "Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées." Journal D'economie Medicale 29(5) : 231-246.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8R0xBH17. Diffusion soumise à autorisation]. Considérée comme un instrument efficace de régulation économique, l'offre de contractualisation des rémunérations des médecins se multiplie. Longtemps déclinée, cette forme de rémunération semble maintenant séduire individuellement de nombreux praticiens alors que collectivement, l'Ordre des médecins et les syndicats n'y sont pas favorables. Pour expliquer ce dilemme, cet article émet l'hypothèse selon laquelle ce paradoxe repose sur un quiproquo sur les motivations des médecins à adopter ou s'opposer aux contrats. En s'appuyant sur l'analyse statistique d'un questionnaire réalisé auprès de 596 médecins, cet article montre que cette hypothèse de quiproquo est plausible.

Barlet, M., et al. (2011). "Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?" Revue Francaise Des Affaires Sociales(2-3) : 124-155.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xA7qtm. Diffusion soumise à autorisation]. Des nouveaux modes de rémunération des médecins généralistes libéraux (forfaits, paiement à la performance...) se développent en France à l'instar de ce qui se passe dans les autres pays de l'OCDE. À partir d'une enquête auprès de 1 900 médecins généralistes libéraux, l'article analyse l'opinion des médecins sur l'introduction de nouveaux modes de rémunération : 61% y sont favorables et 39% défavorables. Ainsi, l'adhésion d'une forte majorité des médecins nécessiterait la mise en place de modes de rémunération mixtes offrant un véritable choix au médecin. Pour environ un cinquième des médecins interrogés, c'est avant tout le niveau de leur rémunération qui est une source forte d'insatisfaction. Une classification des médecins à partir de leurs opinions sur les modes de rémunération et sur leur niveau de vie permet de distinguer sept profils de médecins.

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er786-2.pdf>

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

Bellamy, V. et Samson, A. L. (2011). "Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins." Serie Statistiques - Document de Travail - Drees(161) : 51-85, tabl., graph., fig.

https://basepub.dauphine.psl.eu/bitstream/handle/123456789/9514/03B_cns_2010_dossier2-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

Dormont, B. et Samson, A.-L. (2011). "Est-il profitable d'être médecin généraliste ? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs." *Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees*(105) : 92, graph., tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter105.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DR0x8Bm8. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude compare les revenus des médecins généralistes à ceux des cadres supérieurs diplômés des grandes écoles ou équivalent, en tenant compte de la durée des études et de la carrière. Elle permet d'apporter des éléments factuels nouveaux sur la position relative des médecins dans l'échelle des rémunérations, que la seule observation des niveaux de revenus perçus une année donnée ne peut éclairer. Il résulte de cette comparaison que les généralistes libéraux ont des revenus cumulés sur l'ensemble de leur carrière de même niveau que ceux des cadres supérieurs du privé. En effet, le manque à gagner des médecins en début de carrière, lié à des études plus longues, est compensé par leur supplément de revenus au cours de leur carrière. Toutefois, la situation relative des médecins s'est améliorée par rapport à celle des cadres, les revenus des cohortes récentes de médecins ayant davantage progressé que ceux de leurs aînés au même âge, du fait notamment du resserrement du *numerus clausus* qui les a concernés.

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

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

Dormont, B. et Samson, A. L. (2011). "Les médecins généralistes et leur rémunération : sont-ils lésés ?" *Concours Medical* **133**(4) : 324-327, graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x7JDtq. Diffusion soumise à autorisation]. A partir de l'échantillon représentatif de la population des médecins généralistes constitué par la CNAMTS depuis de nombreuses années et à partir d'informations fiscales, les auteurs ont analysé les données de rémunération sur la période 1980-2004. Ils ont ainsi pu examiner deux questions : les revenus des médecins généralistes du secteur 1 sont-ils comparables

ou inférieurs aux revenus des cadres supérieurs du secteur privé ? et quel est l'impact du numerus clausus sur les revenus des médecins ? En tenant compte de la longueur des études de médecine (par rapport à celle des cadres supérieurs du privé), on observe que les revenus cumulés des médecins généralistes sont comparables à ceux de ces cadres à partir de l'âge de 43 ans. Quant au numerus clausus, il a eu un effet très favorable sur les revenus des médecins, avec toutefois des effets inégaux selon les générations de médecins. Les auteurs concluent que les médecins libéraux les plus mal lotis (les généralistes) sont aussi bien rémunérés que les cadres supérieurs du privé les mieux payés.

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

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xkRHp. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement d'un vaste espace de liberté tarifaire, à partir de la création du double secteur tarifaire en 1980, a réhabilité le rôle du prix dans l'échange médical. Cette évolution significative fait levier aux valeurs libérales de la médecine et modifie la hiérarchie des valeurs à l'oeuvre dans l'éthique médicale. Elle conduit à accélérer les inégalités d'accès aux soins tout en activant des dépenses publiques nouvelles.

SAMSON, A. L. (2011). "Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire." *Journal D'economie Medicale* **29**(5) : 247-269.

[BDSP. Notice produite par ORSRA HrR0xGn. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article propose une synthèse de travaux micro-économétriques sur les revenus des médecins libéraux, menés à partir d'un panel représentatif de médecins généralistes. Il présente les résultats de différentes études qui s'interrogent sur l'impact de la régulation de la médecine ambulatoire (paiement à l'acte, numerus clausus à l'entrée des études médicales mais également liberté dans l'allocation du temps de travail et dans la localisation géographique) sur les comportements d'offre de soins et les revenus des médecins généralistes. Nos estimations montrent que les médecins utilisent la latitude dont ils disposent dans l'allocation de leur temps de travail pour moduler fortement leur activité au cours de leur carrière. En outre, certains médecins, probablement en raison d'une préférence marquée pour le loisir, font le choix d'avoir une faible activité, durablement, sur l'ensemble de leur carrière. Le paiement à l'acte relie étroitement les revenus des médecins à leur activité. On observe donc de fortes disparités de rémunération liées au contexte démographique connu par le médecin lors de son installation mais également liées au niveau de la densité médicale qui prévaut dans son département d'exercice. Si on s'intéresse à l'attractivité financière de la médecine générale, les généralistes ne semblent pas lésés, ni pour autant privilégiés : en tenant compte de la longueur spécifique de leurs études, nous montrons que leurs revenus cumulés, sur l'ensemble de leur carrière, sont d'un montant comparable à ceux des cadres du secteur privé.

SAMSON, A.-L. (2011). "Do French low-income GPs choose to work less?" *Health Economics* **20**(9) : 1110-1125.

In France, a significant number of General Practitioners (GPs) earn less than 1.5 times the French minimum salary. Using a representative panel of self-employed GPs over the years 1993–2004, this paper tests whether these low-income GPs choose to work less than all other GPs or whether they are constrained to do so. The test is based on measuring reactions to positive and negative demand shocks. As low-income GPs do not increase activity in response to a positive demand shock but decrease activity in response to a negative demand shock, it appears that their low-income status is attributable to a strong preference for leisure.

2010

Bellamy, V. (2010). "Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008." *Etudes et Resultats (Drees)* (735) : 8.

http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/revenus_liberaux_medecins_2007_2008.pdf

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

spécialités : 30 % pour les chirurgiens, 27,5 % pour les gynécologues et 4% pour les omnipraticiens, les radiologues et les cardiologues. Les forfaits ont représenté 6,3 % des honoraires des omnipraticiens en 2008.

Chanel, O., et al. (2010). Get paid more, work more? Lessons from French physicians' labour supply responses to hypothetical fee increases. Document de Travail du GREQAM ; n°2010-52. Marseille GREQAM : (7).

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/54/39/71/PDF/DTGREQAM2010_52.pdf

This paper is devoted to the analysis of the General Practitioners' (GPs) labour supply, specifically focusing on the physicians' labour supply responses to higher compensations. This analysis is mainly aimed at challenging the reality of a backward bending' form for the labour supply of GPs. Because GPs' fees only evolve very slowly and are mainly fixed by the National Health Insurance Fund, we designed a contingent valuation survey in which hypothetical fee increases are randomly submitted to GPs. Empirical evidence from 1,400 French GPs supports the hypothesis of a negative slope for the GPs' labour supply curve. Therefore, increasing the supply of physicians' services through an increase in fees is not a feasible policy.

Morin, L., et al. (2010). "Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France." Sante Publique **22**(5) : 581-592, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP BR0xsof. Diffusion soumise à autorisation]. Ledisease management développé aux États-Unis dans les années 90, est une démarche globale qui cherche à intégrer toutes les étapes de la prise en charge de la maladie chronique, de la prévention à l'éducation pour la santé. Sa mise en oeuvre se traduit aux États-Unis par le concept de Medical Home en Allemagne par des contrats incitant les médecins généralistes et les caisses de sécurité sociale à prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques, et au Royaume-Uni par des dispositifs favorisant la délégation de tâches et la coopération entre professionnels des soins primaires. En France, ce concept fait progressivement partie intégrante de la stratégie d'accroissement de la qualité des soins développée par l'Assurance Maladie en promouvant son développement encore expérimental sur les soins de premier recours. (R.A.).

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

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

Vayssette, P. (2010). "Coordination de proximité : rémunérations en construction." Reseaux Sante & Territoire(58) : 12-13.

Au moment de l'impression de cet article, les accords avec la Cnamts sur les soins de proximité n'étaient pas signés, mais des avancées avaient été obtenues. La question du montant des forfaits et rémunérations qui pourraient être accordés restait un point sensible. Cet article fait une analyse des possibles contenus des accords.

2009

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

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

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

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

2008

Cnamts (2008). "Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006." Point D'Information (Cnamts) : 6.

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

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

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

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

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2008-12_demographie-et-honoraires-medecins-liberaux-2006_points-de-repere-23_assurance-maladie.pdf

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

Dormont, B. et Samson, A.-L. (2008). "Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(75) : 39.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter75.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nls7R0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à étudier l'impact de la régulation de la démographie médicale sur les carrières des médecins généralistes du secteur 1. A partir d'un panel représentatif des omnipraticiens en exercice sur la période 1983-2004, nous mettons en évidence que les conditions d'installation des médecins, qui sont liées au numerus clausus, affectent leurs honoraires de manière durable. Une analyse économétrique permet d'identifier les effets de la date, de l'ancienneté et de la cohorte sur les honoraires. Les inégalités intergénérationnelles sont considérables. Les cohortes installées dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du baby-boom et d'un numerus clausus élevé : elles perçoivent les honoraires les plus faibles. En revanche, la diminution progressive du numerus clausus a amélioré la situation financière des cohortes installées à partir du milieu des années 1990. L'écart estimé entre les honoraires permanents des différentes cohortes peut atteindre 25 %, toutes choses égales par ailleurs.

Samson, A. L. (2009). "Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?" Regards Croisés Sur L'economie(5) : 144-158.

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RCE_005_0144

Les revenus des médecins sont une variable clé de la régulation de notre système de santé. Du côté de l'offre de soins, ils sont déterminants pour le maintien de l'attractivité des études de médecine et de la profession de médecin. Par ailleurs, les revalorisations des tarifs des consultations influencent fortement les dépenses de la Sécurité sociale. Enfin, le secteur 2 et les dépassements honoraires nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Parce qu'elle implique les médecins, l'Etat et les patients, la rémunération des médecins est un enjeu de politique économique considérable. Cet article s'intéresse aux revenus des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, qui représentent 59 % de l'ensemble des médecins français. En France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les médecins constituent une des professions les mieux rémunérées. En 2004, un médecin généraliste gagnait en moyenne 5 200 euros nets mensuels et un médecin spécialiste 8 000 euros. En comparaison, le salaire moyen d'un cadre était de 2 900 euros. Ces médecins sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation. Nous présentons ici l'impact de ce système de paiement, principe fondateur de la médecine libérale, sur le montant et la dispersion des revenus des médecins et montrons pourquoi une remise en cause partielle de ce système de rémunération est nécessaire pour assurer l'efficacité de notre système de santé (résumé d'auteur).

2007

Aballea, P., et al. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris Igas : 68+77, tabl.

Ce rapport de l'Igas dresse un constat sévère des pratiques de dépassements d'honoraires réclamés par les médecins à leurs patients. L'enquête constate que ces dépassements ont connu une augmentation importante depuis dix ans. Les auteurs du rapport en estiment le coût à près de deux milliards d'euros, sur 19 milliards d'honoraires. Les deux tiers de ces deux milliards d'euros de dépassements ne sont pas pris en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance ou les instituts de prévoyance et pèsent donc sur les ménages. Ce phénomène est devenu un obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie. Cette étude, première du genre, menée entre juin 2006 et février 2007, montre que si elle est contenue chez les généralistes, la pratique est devenue quasi-constante chez les spécialistes. Elle ne prend pas en compte les demandes de paiement complémentaire non déclaré de la part des médecins, une pratique illégale de "dessous de table" qui fait actuellement l'objet de plusieurs enquêtes judiciaires dans le pays. Les auteurs du rapport fustigent la qualité très insuffisante des informations dispensées aux assurés, à commencer par l'affichage des tarifs dans les cabinets. Mais aussi l'indigence de celles délivrées par l'Assurance maladie. A ce sujet, Le Monde a testé le "service info-soins" de l'Assurance maladie à partir de la plate-forme parisienne (0820 904 175) avant d'appeler divers médecins. Les informations fournies par l'Assurance maladie ne coïncident pas toujours avec les tarifs réellement pratiqués et les discriminations envers les bénéficiaires de la CMU perdurent.

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

<https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/er578.pdf>

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

Dormont, B. et Samson, A. L. (2007). Restrictions on the number of physicians and intergenerational inequalities : experience, time and vintage effects in GP's earnings. *HEDG Working Paper;07/11*. York HEDG : 22.

https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/07_11.pdf

This paper analyses the regulation of ambulatory care and its impact on physicians' Careers, using a representative panel of 6,016 French self-employed GPs over the 1983 - 2004 period. The beginning of their activity is influenced by the regulated number of places in medical schools, named in France *numerus clausus*. We show that the policies aimed at manipulating the *numerus clausus* strongly affect physicians' permanent level of earnings. Our estimates allow us to identify experience, time and vintage effects in physicians' earnings. The estimated cohort (or vintage) effect appears to be very large, revealing that intergenerational inequalities due to fluctuations in the *numerus clausus* regulation are far from negligible. Cohorts of GPs beginning during the eighties have the lowest permanent earnings: they faced both the baby-boom numerous cohorts and the consequences of a high number of places in medical schools. Conversely, the decrease in the *numerus clausus* led to an increase in permanent earnings of GPs who began their practice in the mid nineties. Overall, the estimated gap in earnings between "good" and "bad" cohorts may reach 25%. We performed a more thorough analysis of the earnings distribution to examine whether individual unobserved heterogeneity could compensate for average differences between cohorts. Our results about stochastic dominance between earnings distributions by cohort show that it is not the case.

2006

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

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

Audric, S. (2006). "Analyse des carrières des médecins libéraux à partir de données de panel." *Serie Statistiques - Document de Travail - Drees*(96) : 65.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss96.pdf>

Les omnipraticiens ont une activité, en nombre d'actes effectués comme en honoraires, en augmentation depuis 1988. À l'aide de modèles de panel, cet article estime l'influence sur cette activité des facteurs suivants : l'ancienneté, évaluée selon le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de la thèse, l'année d'obtention de la thèse, la date, l'acquisition ou non d'un Mode d'exercice particulier (Mep), la région, le type de secteur dans lequel le médecin exerce (secteur 1, secteur 1 avec dépassements autorisés, secteur 2 et médecin non conventionné) et le sexe du médecin.

Legendre, N. (2006). Les revenus d'activité libérale des professionnels de santé (1993-2003). Les revenus d'activité des indépendants : édition 2006, Paris : INSEE : 61-75, 69 tabl., 10 graph.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372208?sommaire=1372209>

Le revenu d'activité libérale d'un médecin dépend étroitement de sa spécialité : 65 000 euros en moyenne annuelle en 2003 pour un généraliste contre 99 000 euros pour un spécialiste, cette moyenne s'élevant même à 192 000 euros pour un radiologue contre seulement 55 000 euros pour un psychiatre. En dix ans cette hiérarchie des spécialités ne s'est pas modifiée même si les écarts se sont creusés entre les spécialités les plus lucratives et les autres. Sur cette période, l'évolution des revenus d'activité libérale des médecins n'a pas été uniforme. De 1993 à 1997, le revenu d'activité libérale moyen des praticiens a crû moins que l'inflation entraînant une baisse légère en euros constants. Mais depuis 1997, la tendance s'est inversée, avec de 1997 à 2000 une reprise de la croissance du revenu en euros constants puis son accélération sur la période 2000-2003. Au total, sur dix ans, le revenu d'activité libérale des médecins s'est accru, en termes réels et en moyenne de 1,8 % par an, évolution légèrement plus modérée pour les généralistes (+ 1,5 % contre + 1,9 % pour les spécialistes). Ces évolutions résultent de l'évolution des charges, des honoraires et des dépassements. Les charges ont crû en termes réels tout au long de la période (+ 1,9 %). En début de période, l'augmentation des honoraires est réelle (0,6 %) mais inférieure à celle des charges. À partir de 1997 et encore plus après 2000, la croissance des honoraires s'accélère (+ 2,2% par an de 1997 à 2000 et + 3,1% ensuite). Cette évolution des honoraires résulte principalement de celle de l'activité et quasiment pas des tarifs conventionnels (+ 0,1 % par an sur dix ans). Les dépassements ont augmenté fortement à partir de 2000. Le changement de tendance était perceptible dès 1997 (Résumé d'auteur).

Samson, A.-L. (2006). "La dispersion des honoraires des omnipraticiens : analyse sur la période 1983-2004." Etudes Et Resultats(482) : 8, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er482.pdf>

[BDSP. Notice produite par ENSP bV03jR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'attache à mesurer et à expliquer la dispersion des honoraires parmi les omnipraticiens et son évolution sur la période 1983-2004, à partir du panel d'omnipraticiens libéraux issu du Système national interrégimes (SNIR) géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle constate notamment qu'entre 1983 et 2004, la croissance des honoraires moyens des omnipraticiens (+27,5 % en euros constants) a été assortie d'une diminution de leur dispersion. Cette homogénéisation trouve son origine dans une croissance du pouvoir d'achat plus forte pour les omnipraticiens situés dans le bas de la distribution. Deux facteurs ont pu, en particulier, faire varier la dispersion des honoraires : la progression du nombre de femmes médecins et de leur activité et l'évolution de l'activité des praticiens nouvellement installés.

Samson, A.-L. (2006). "La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004 : une application de la méthode des régressions quantiles." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(62) : 99, tabl., fig.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/SerieEtudes/2006/62/serieetud62.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE my6upR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'attache à décrire l'évolution des honoraires des omnipraticiens entre 1983 et 2004, particulièrement à en mesurer et à en expliquer la dispersion. La croissance des honoraires moyens de 27,5 % a surtout bénéficié aux médecins ayant les honoraires les plus faibles, induisant une diminution de la dispersion globale des honoraires. Plusieurs facteurs ont influencé le niveau de la dispersion. La hausse de l'activité féminine s'est accompagnée d'une croissance prononcée des honoraires des omnipraticiennes sur la période (+41 % contre +4 % pour les hommes) et d'une homogénéisation des honoraires perçus par les femmes médecins. Ensuite, la part des omnipraticiens en début de carrière (en phase de constitution de leur clientèle) est passée de 45% en 1983 à 12 % en 2004, conséquence des politiques gouvernementales en matière de numerus clausus. Cette réduction s'est accompagnée de moindres disparités, les médecins nouvellement installés bénéficiant d'une clientèle plus nombreuse dès leurs premières années d'installation.

Delattre, E. et Dormont, B. (2005). "La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux ?" *Dossiers Solidarite Et Sante*(1) : 135-161, 135 tabl., 135 graph.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/Dossiers/SolidariteSante/2005/1/1.pdf>

Les résultats présentés dans cet article s'inscrivent dans la continuité des travaux microéconomiques réalisés sur cette question. Il s'agit ici, d'examiner les comportements d'offre de soins des médecins libéraux français, et plus exactement d'examiner dans quelle mesure la régulation de la médecine libérale en France, où les rémunérations sont définies selon le système de paiement à l'acte avec des tarifs conventionnels, contribue l'éventuel développement d'une demande induite. Sont ici effectivement mis en évidence des comportements de demande induite significatifs chez certains praticiens, dans une période de retournement de l'évolution de la démographie médicales dans certaines zones.

Legendre, N. (2005). "L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003." *Etudes Et Resultats*(412) : 12, 18 tabl., 15 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er412.pdf>

Les revenus nets issus de l'activité libérale des médecins ont augmenté en moyenne de 1,6 % par an sur 10 ans en termes réels, mais à des rythmes variables selon les périodes et les professions. La hiérarchie des spécialités n'a toutefois été que peu modifiée, les radiologues et les anesthésistes percevant en 2003 comme en 1993 les revenus les plus élevés (respectivement 191 et 144 000 ? en 2003 contre 54 000 ? pour les psychiatres). Les radiologues, les ophtalmologues et les cardiologues ont bénéficié d'une croissance continue, sur dix ans, de leur pouvoir d'achat, alors que les douze autres disciplines ont connu des évolutions plus chaotiques et différenciées selon les périodes. Entre 1993 et 2003, l'évolution des revenus libéraux des médecins s'est progressivement accélérée, mais c'est à partir des années 2000 qu'un rythme de croissance plus favorable s'est systématisé pour l'ensemble des spécialités. Alors que l'activité des médecins a été relativement atone de 1993 à 1997, elle a repris de façon généralisée à partir de 1997, cette tendance s'inversant toutefois pour les omnipraticiens au-delà de 2000. Ce mouvement, qui s'est accompagné d'une augmentation des dépassements, a joué dans un sens favorable sur l'évolution du pouvoir d'achat des médecins à partir de 1997. Entre 2000 et 2003, la croissance de leurs revenus libéraux a bénéficié, en outre, des mesures tarifaires prises en faveur des omnipraticiens et des pédiatres, d'une sensible accélération des dépassements et du ralentissement des charges.

2004

(2004). "L'évolution du revenu libéral des professionnels de santé entre 1993 et 2001." *Syntheses*(78) : 27-50, 27 graph., 29 tabl.

Cet article analyse l'évolution du revenu de l'activité libérale des généralistes et des médecins par spécialité, des chirurgiens dentistes et des professions paramédicales libérales (activité, honoraires, dépassements, charges professionnelles) de 1993 à 2001.

Audric, S. (2004). "L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002." *Etudes Et Resultats*(284) : 12, 15 tabl., 13 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er284.pdf>

En 2001, le revenu de l'activité libérale des omnipraticiens a connu une croissance avec une forte variabilité d'une année sur l'autre depuis 1997. L'alternance semble s'être poursuivie en 2002, avec une forte augmentation des honoraires des omnipraticiens, dont les revalorisations tarifaires intervenues au cours de l'année 2002 sont, avec les dépassements, en partie la cause. Pour les spécialistes en revanche, la croissance du revenu libéral réel en 2001 est restée, en moyenne, équivalente à la croissance annuelle observée de 1997 à 2000. Au vu des seuls honoraires, elle semble s'accélérer en 2002, en raison notamment de la hausse des dépassements, ainsi que des revalorisations tarifaires et/ou des changements de nomenclature dont ont bénéficié les pédiatres, les gynécologues, les anesthésistes, les radiologues et les pneumologues. Pour les radiologues et les cardiologues, des fortes progressions de revenus réels prolongent en 2001 la tendance nourrie par les hausses d'activité et/ou les mesures de nomenclature intervenues depuis 1997. Les radiologues, seuls spécialistes dont les honoraires ont crû plus vite que les charges, ont depuis 1993 creusé l'écart de revenu les séparant des autres spécialités, alors que pour les cardiologues, la tendance à la hausse est plus récente (1997). Pour les ophtalmologues, les dermatologues, les anesthésistes, les pédiatres et les stomatologues, les croissances sensibles de revenus observées en 2001 pourraient amorcer ou consolider un changement de tendance, qui semble être confirmé par les évolutions des honoraires observées en 2002. Les évolutions de revenus des autres spécialités demeurent plus faibles au cours des années récentes, la psychiatrie, la pédiatrie et la dermatologie restant les spécialités qui ont

les revenus libéraux les moins élevés.

Rochaix, L. (2004). "Les modes de rémunération des médecins." Revue D'economie Financiere(76) : 223-239.

L'objet de cet article est de présenter une synthèse critique des principaux résultats obtenus dans les travaux économiques sur les modes de rémunération des médecins. Il vise surtout à susciter une réflexion constructive sur le mode actuel de rémunération des médecins en France et à préciser les contours et les conditions de réussite de son incontournable réforme. Dans cette perspective seront présentées les grandes lignes des réformes des pays industrialisés en matière de rémunération des médecins afin d'en tirer quelques enseignements pour la situation française.

2003

(2003). "Les dépassements d'honoraires médicaux entre 2000 et 2002." Point De Conjoncture - La Statistique Mensuelle En Date Des Soins(11) : 25-33, tabl., graph.

Ce document analyse la forte progression des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux. Cette analyse est menée selon deux approches de façon à suivre tout à la fois le comportement des professionnels de santé et son impact sur les patients.

(2003). "L'évolution des honoraires médicaux depuis 1980." Point De Conjoncture - La Statistique Mensuelle En Date Des Soins(16-17) : 21-23, 23 graph.

Cet article présente l'évolution des honoraires médicaux de 1980 à 2002 pour les médecins généralistes, les spécialistes et les infirmiers libéraux.

Audric, S. (2003). "Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain." Etudes Et Resultats(254) : 12, 11 tabl., 14 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er254.pdf>

Ce document propose une analyse des revenus par type de commune de quatre des professions de santé libérales jouant a priori un rôle important dans les soins de proximité : les omnipraticiens, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.

Delattre, E. et Dormont, B. (2003). "Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians." Health Economics **12**(9) : 741-754.

This paper investigates on the existence of physician-induced demand (PID) for French physicians. The test is carried out for GPs and specialists, using a representative sample of 4500 French self-employed physicians over the 1979-1993 period. These physicians receive a fee-for-services (FFS) payment and fees are controlled. The panel structure of our data allows us to take into account unobserved heterogeneity related to the characteristics of physicians and their patients. We use generalized method of moments (GMM) estimators in order to obtain consistent and efficient estimates. We show that physicians experience a decline of the number of consultations when

2001

Audric, S. (2001). "Les disparités de revenus et de charges médecins libéraux." Etudes Et Resultats(146) : 12, 15 tabl., 17 graph., 12 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er146.pdf>

Les revenus nets issus de l'activité libérale des médecins sont calculés à partir des honoraires qu'ils perçoivent, et desquels sont déduites les charges professionnelles afférentes à leur activité. Jusqu'ici, le calcul de ces charges, qui est effectué à partir des données fiscales agrégées fournies par la DGI, ne pouvait être réalisé qu'en moyenne par spécialité. Cette étude permet d'aller plus loin en fournissant des informations sur les niveaux et la dispersion des charges individuelles par tranches d'honoraires, et donc sur celle des revenus nets à l'intérieur de chaque spécialité. La première partie de cette étude analyse les charges liées à l'activité des médecins par spécialité, selon qu'elles tendent à accroître ou à réduire les disparités moyennes des honoraires. La dispersion des charges et des revenus nets au sein de chaque spécialité fait ensuite l'objet d'une analyse spécifique (extrait).

Volovitch, P. (2001). "Maîtrise des dépenses : la question des revenus oubliée." Pratiques : les Cahiers de la Medecine

Utopique(13) : 7-11.

Dans le débat autour de la "maîtrise des dépenses de santé" sont souvent invoquées les notions de « besoins de santé », de « qualité des soins » et de « performance ». Cet article tente à démontrer l'existence d'une autre variable explicative souvent oubliée : la rémunération des professionnels de santé, et qu'il faudrait donc agir sur les revenus pour agir sur la pratique médicale, et par ricochet, sur les dépenses de santé.

2000

Batifoulier, P. et Bien, F. (2000). "Les honoraires libres en médecine ambulatoire : une lecture par la théorie des conventions." Sciences Sociales Et Sante **18**(1) : 5-22.

De 1980 à 1990, les médecins français ont eu le libre choix de leur secteur tarifaire car ils pouvaient opter pour le dépassement d'honoraires non remboursé au patient par la Sécurité sociale et ainsi choisir le secteur 2 de la médecine libérale (ou « secteur à honoraires libres »). L'article propose d'analyser cette liberté tarifaire à l'aide de la théorie des conventions. Après clarification de la notion de convention (règle qui résout un problème de coordination entre individus et qui peut être supportée par des routines, des mimétismes et des habitudes et/ou par des objets collectifs), cette théorie semble être un outil adéquat pour appréhender les stratégies tarifaires des médecins libéraux. Cet article est suivi d'un commentaire critique réalisé par G. Bloy (pp. 23-34).

Beudaert, M. (2000). "Honoraires des médecins généralistes, l'expérience paie-t-elle ?" Problemes Economiques(2646) : 15-18.

La rémunération des médecins généralistes répond-elle à la loi de l'offre et de la demande ? C'est ce que suggère une étude sur les honoraires perçus par ces médecins entre 1985 et 1995. Ainsi, les honoraires dépendent non seulement de l'ancienneté du médecin, mais aussi de son année d'installation. Dans cet environnement, quelle est l'évolution des honoraires perçus par l'ensemble des médecins généralistes et quelle est l'efficacité de l'instauration du numerus clausus pour les études médicales ?

Ourgnon, P. et Grignon, M. (2000). "Le tiers-payant est-il inflationniste ?" Questions D'economie De La Sante (Credes) (27) : 4, 2 graph., 3 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes27.pdf>

L'objectif théorique de l'avance de frais est de faire prendre conscience à l'assuré du coût réel des soins qui lui sont prodigués, en faisant transiter la partie remboursable de la dépense dans son propre budget pendant une courte période, avant de le rembourser. Pour mesurer l'impact de ce système de remboursement, l'étude s'appuie sur des données de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) et de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) de 1995. Les auteurs présentent dans une première partie les données et les acteurs du problème ainsi que le contexte juridique. La seconde partie propose une analyse descriptive (population étudiée, dépense de santé, recours au tiers-payant). La problématique et la méthodologie de l'enquête font partie de la dernière partie.

Ourgnon, P. et Grignon, M. (2000). Le tiers-payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé. Rapport Credes. Paris CREDES : 89, 10 tabl., 14 graph., 82 cartes.

L'objectif théorique de l'avance de frais est de faire prendre conscience à l'assuré du coût réel des soins qui lui sont prodigués, en faisant transiter la partie remboursable de la dépense dans son propre budget pendant une courte période, avant de le rembourser. Pour mesurer l'impact de ce système de remboursement, l'étude s'appuie sur des données de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) et de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) de 1995. Les auteurs présentent dans une première partie les données et les acteurs du problème ainsi que le contexte juridique. La seconde partie propose une analyse descriptive (population étudiée, dépense de santé, recours au tiers-payant). La problématique et la méthodologie de l'enquête font partie de la dernière partie.

Fivaz, C., et al. (2000). "Disparités dans les évolutions des honoraires médicaux." Point Stat(30) : 8, graph., tabl.

Le Système National Inter Régimes relatif aux professionnels de Santé (SNIR-PS) ne fournit pas d'information sur l'organisation du travail des médecins, mais il permet l'étude des trajectoires individuelles des praticiens libéraux, vues sous l'angle de leurs honoraires. Les honoraires individuels ont été étudiés sur quatre ans (de 1995 à 1998), chaque médecin étant classé en fonction de l'évolution annuelle moyenne de ses honoraires totaux sur la période considérée.

1999-1975

(1999). "Le revenu libéral des professions de santé jusqu'en 1997." Syntheses(25) : 25-45, graph., tabl.

Tiré du "Constat annuel de l'évolution du tableau des professions libérales de santé", cet article présente l'évolution des différentes composantes du revenu des médecins libéraux, des omnipraticiens libéraux, des spécialistes libéraux et des professions paramédicales libérales (activité, honoraires, dépassements, charges professionnelles) de 1991 à 1997.

Batifoulier, P., et al. (1999). "La pratique des honoraires libres en médecine ambulatoire : le prix signale-t-il la qualité ?" Journal D'economie Medicale 17(6) : 395-404, rés., tabl.

L'article tente de répondre à l'interrogation posée par les nouvelles pratiques tarifaires en médecine ambulatoire. De 1980 à 1990, les médecins libéraux français ont eu le libre choix de leur secteur tarifaire car ils pouvaient opter pour le dépassement d'honoraires non remboursé au patient par la Sécurité Sociale. Il semble que les médecins n'aient pas usé de cette liberté comme le prédit la théorie économique de concurrence parfaite [...]. La liberté des honoraires peut être analysée à la fois en termes de signal de qualité et de convention de qualité. (RA).

Beudaert, M. (1999). "Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995." Etudes Et Resultats(15) : 4, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er015.pdf>

L'étude des honoraires perçus par un échantillon de généralistes constitué par la CNAMTS et portant sur une dizaine d'années, permet de mesurer l'impact de ces évolutions démographiques sur les recettes des médecins et sur leur profil de carrière.

Beudaert, M. (1999). "Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(1) : 69-77, tabl., graph.

L'étude des honoraires perçus par un échantillon de généraliste sur une dizaine d'années, permet de mesurer l'impact des évolutions démographiques sur les recettes des médecins et sur leur profil de carrière. De 1985 à 1995, les honoraires moyens des généralistes varient du simple au triple en fonction de leur durée d'exercice : ils progressent rapidement lors des premières années d'exercice, pour stagner ensuite et décliner en fin de carrière. Par ailleurs, au cours de cette période, l'éventail des honoraires perçus s'est resserré, essentiellement en raison de la réduction du nombre de médecins nouvellement installés et de l'amélioration de la situation des médecins à bas niveau de revenus.

Roumiguieres, E. (1999). "Le revenu libéral moyen des médecins de 1992 à 1997 et ses composantes." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(1) : 55-67, tabl., graph.

https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=25811

Le revenu libéral moyen, présenté ici pour quatorze spécialités médicales ainsi que pour les omnipraticiens, permet de mettre en évidence des groupes de médecins dont le niveau de revenu moyen, en 1997, est comparable. Les évolutions de ce revenu sont également analysées selon ses composantes.

Roumiguieres, E. (1999). "Le revenu libéral moyen des médecins varie, en 1997, de 300 000 à 900 000 francs selon la spécialité." Etudes Et Resultats(3) : 5, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er003.pdf>

Ce fascicule analyse l'évolution des revenus des médecins en France par spécialité pour la période 1991-1997. Il montre que les médecins effectuant essentiellement des consultations ou des visites ont un revenu annuel moyen bien inférieur à celui des médecins effectuant des actes techniques.

Postel-Vinay, D. (1997). "La rémunération des médecins libéraux." Regards(13) : 62-80.

Suivant que l'on se place du point de vue du médecin, du malade, de la santé publique ou de la gestion des fonds publics, les éclairages sont différents et pas nécessairement conciliables. L'auteur constate qu'il n'existe pas de mode de rémunération idéal dans l'absolu. Il étudie les principales tendances qui gouvernent l'évolution de la rémunération des médecins libéraux, l'évolution du revenu moyen par praticien, le cas particulier des médecins de secteur 2, la différence d'honoraires moyens entre hommes et femmes. L'auteur s'intéresse à l'évolution de la proportion relative de médecins généralistes et spécialistes. Enfin, abordant le sujet des honoraires, il s'interroge sur le sens de l'évolution historique de moyens d'action sur les prix et les quantités, puis sur la mise en jeu de la

responsabilité financière des médecins. Il évoque les textes de loi, conventions, liés à la maîtrise des dépenses de santé.

Kleimann, H. et Jamet, M. L. (1996). "Le secteur libéral des professions de santé en 1994 : activité, prescription et honoraires." Bloc Notes Statistique(77) : 31, tabl., 36 graph., 32 ann.

Le présent document présente les résultats d'activité et d'honoraires des professions libérales de santé pour l'année 1994. Il complète le "Bloc Notes Statistiques " précédent, qui ne portait que sur les résultats provisoires de démographie. On notera que le nombre de praticiens a été rectifié en baisse. Compte tenu de la date tardive de son édition, ce document ne fera pas l'objet d'une reprise plus détaillée. Les résultats de 1994 seront publiés avec ceux de 1995.

Ruelland, N. (1996). "Le pouvoir d'achat des omnipraticiens libéraux progresse de 0,5% par an de 1990 à 1995." Informations Rapides(83) : 4, 3 tabl., 1 graph.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668211>

De 1990 à 1995, le pouvoir d'achat des omnipraticiens libéraux a augmenté d'environ 0,5 % par an, en moyenne. Les revalorisations tarifaires ont été plus fortes que la hausse des prix sur la période. La part moyenne des charges sur les honoraires se stabilise en 1995. Après une année 1994 qui leur a été particulièrement défavorable, l'activité moyenne par omnipraticiens reprend en 1995, malgré les grèves de décembre. Aussi, le pouvoir d'achat moyen des omnipraticiens, en baisse notable en 1994, semble avoir progressé à nouveau en 1995.

Borrel, C. (1995). "Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(1) : 35-49, 11 tabl., 33 graph.

Réalisée à partir de l'enquête du Centre d'Etudes des Revenus et des Coûts de 1991, cette étude analyse les déterminants du revenu des médecins libéraux. Ainsi, l'éventail des revenus des médecins libéraux est très large selon les spécialités, ou au sein de chacune d'entre elles. Le mode d'exercice, le sexe ou l'ancienneté d'installation sont quelques uns des critères qui renforcent ces écarts. Ainsi, la particularité du travail des femmes (durée de travail plus faible et durée de consultation plus élevée) explique en partie la faiblesse relative de leurs revenus. A l'inverse, les économies des moyens des cabinets de groupes permettent aux médecins ayant choisi ce mode d'exercice, un peu plus de vacances tout en dégagant un bénéfice plus important que celui de leurs collègues exerçant individuellement.

Devevey, J., et al. (1995). "50 ans de statistiques en assurance maladie. Tome 2 : l'offre de soins." Dossier Etudes Et Statistiques(32) : 73, 39 tabl., 30 graph.

Ce document constitue le deuxième tome du dossier "Etudes et Statistiques n°31", consacré aux statistiques en Assurance Maladie depuis 1945 et dont la réalisation a été assurée à l'occasion du cinquantenaire de la Sécurité sociale. Le premier tome a retracé l'évolution des prestations versées par le régime général de 1945 à 1994. Le deuxième tome se rapporte à l'offre de soins et présente un certain nombre de données concernant plus particulièrement les diverses professions exerçant dans le domaine de la santé. Trois thèmes principaux y sont abordés : l'évolution démographique des professions de santé, la formation des professions de santé, les tarifs conventionnels.

Ruelland, N. (1995). "Revenu des médecins libéraux : 10 ans d'évolution." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(1) : 51-63, 16 graph., 52 tabl.

Entre 1983 et 1993, le pouvoir d'achat des médecins libéraux a progressé en moyenne annuelle de 0,5% et 1,9% pour les spécialistes. Le développement de l'activité, une revalorisation des tarifs conventionnels supérieur à la hausse des prix pour les omnipraticiens, les dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres expliquent cette croissance. Par contre, les charges qui progressent plus vite que les honoraires freinent l'augmentation du pouvoir d'achat sur ces dix années. Les pédiatres disposent, comme en 1988, du revenu moyen le plus faible, les cardiologues du revenu le plus élevé. L'analyse repose sur des chiffres fournis jusqu'en 1990 par la Direction Générale des Impôts, et sur des estimations calculées par le Service des Statistiques du Ministère chargé de la Santé pour les années suivantes.

(1994). Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants. Paris La Documentation Française : 354, tabl., graph., ann.

Outre un fort développement de ses effectifs, la médecine libérale a connu, ces dernières années, de réelles transformations : la profession médicale s'est rajeunie et nettement féminisée. La médecine de ville s'est de plus en plus orientée vers une médecine spécialisée. L'organisation du cabinet médical s'est également modifiée avec le développement de l'exercice en groupe. Parallèlement à ces évolutions, les nombreux progrès de la médecine

ont accentué la technicité de la pratique médicale. Après une mise en perspective sur dix ans de l'évolution des revenus des médecins, cet ouvrage répond, pour la première fois, à plusieurs questions touchant la médecine libérale. En voici quelques exemples : - Quel est le temps de travail des médecins ? Et que signifie réellement la durée du travail observée ? - De quel montant de capital le médecin dispose-t-il pour exercer ? - Quel est l'impact de l'exercice en groupe sur les revenus ? - Quelle est la situation des femmes médecins comparativement à celle de leurs confrères ? - En plus de leur activité libérale, certains médecins ont une activité salariée ; quelle est-elle ? Quelle est son importance en termes de temps de travail et de revenu ? Les résultats s'appuient sur une enquête originale auprès de 1 400 médecins.

Gasnier, C. (1994). "Le pouvoir d'achat des omnipraticiens libéraux augmente entre 1988 et 1993." Informations Rapides(54) : 4, 2 tabl., 1 graph.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4463188>

Le constat annuel de l'évolution du revenu des professions libérales de santé est établi à partir d'une estimation par professionnel des recettes (données du Système National Inter-Régimes SNIR) et des charges (données de la direction Générales des Impôts). Le Service des Statistiques - des Etudes et des Systèmes d'Information analyse ici l'évolution du pouvoir d'achat des omnipraticiens de 1988 à 1993. Celui-ci évalue quels sont les facteurs explicatifs des 1,1 % de croissance moyenne, dépassements, épidémie de grippe, charges professionnelles.

Sandier, S. (1992). Activités et recettes des généralistes du secteur 2 : premiers résultats. Rapport CreDES. Paris CREDES : 90, tabl., graph., fig.

Le suivi entre 1980 et 1991 de l'activité, des recettes et des prix d'un échantillon de généralistes libéraux, a permis de situer les médecins du secteur 2 par rapport à leurs homologues en secteur 1, soit au cours des dix premières années de leur carrière, soit avant et après leur passage en secteur 2. Il ressort de l'analyse que les généralistes en secteur 2 font environ 20 % de moins d'actes que leurs homologues en secteur 1, tout en ayant des recettes très proches, grâce à une pratique de prix élevés. Les généralistes en secteur 2 dès leur installation se distinguent de ceux qui ont choisi le secteur 2 après quelques années passées en secteur 1. D'emblée les premiers ont une activité relativement faible, tandis que les seconds avaient, avant leur changement de secteur, une activité plus forte que leurs homologues de secteur 1. La relation inverse qui relie les prix pratiqués au nombre d'actes, aussi bien en niveau qu'en évolution, suggère une résistance de la demande aux prix plutôt qu'un phénomène que l'on pourrait qualifier de "demande déduite" par référence à la théorie de la "demande induite".

(1991). Le revenu des médecins. Paris Cnamts : Pagination multiple.

Etude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés sur l'évolution du revenu des médecins en France entre 1980 et 1990 : médecins libéraux et médecins hospitaliers à temps plein. Ce document permet de situer le pouvoir d'achat des médecins par rapport à celui des cadres supérieurs et de l'ensemble des professions libérales.

Devevey, J. et Paris, V. (1990). Les omnipraticiens à faible recette : la situation en 1989, l'évolution 1980-1989. Paris C.R.E.D.E.S. : 108, tabl., graph.

En 1989, 93 556 médecins ont exercé à part entière leur activité en pratique libérale. Sur cet effectif, 10 107, soit 11,5 % ont perçu des honoraires inférieurs à 200 000 Frs annuels. Plus de la moitié des médecins concernés (6 085) sont des omnipraticiens. Le présent rapport regroupe deux études fondées sur les informations contenues dans le SNIR (Système national inter-régimes). Les caractéristiques des omnipraticiens à faibles recettes retenus dans chacune des études sont très proches et ne diffèrent que sur des points mineurs : - caractéristiques démographiques et géographiques de la population des omnipraticiens à faible recette ; - analyse longitudinale sur la période 1980-1989.

Le, Fur, P., et al. (1990). Les omnipraticiens à faible recette : activité libérale - France 1990. Paris CreDES : 321, tabl., graph.

En 1989, on estime à 5400 le nombre d'omnipraticiens dont le chiffre d'affaires en pratique libérale est inférieur à 200 000 francs (taux de féminisation important). A âge, sexe et régions identiques, les médecins à faible activité pratiquent plus souvent un exercice particulier que leurs confrères à activité moyenne. Ils se sont installés plus tardivement, plutôt en ville qu'en zone rurale, et dans les départements à forte densité médicale. Ils ont fréquemment créé leur cabinet et exercent seuls. Ils réalisent moins souvent certains gestes de surveillance et de soins, emploient moins de personnel et ont des difficultés à assurer leur permanence téléphonique. Ils consacrent moins de temps à leur activité libérale et exercent souvent une autre activité. Ils prennent moins de congés et leurs consultations durent plus de temps. Leur revenu total avant impôt reste faible et ils souhaitent plus souvent trouver un emploi de médecin salarié que leurs confrères à activité moyenne. (Résumé d'auteur).

Carrere, M. O. (1988). "Les médecins libéraux face à la liberté des prix : une analyse économique et statistique." Solidarite

Sante Etudes Statistiques(5) : 93-103, ann.

Le secteur 2 (médecine conventionnée à honoraires libres) a été créé en 1980. En 1987, un médecin sur cinq a choisi ce secteur. Par une analyse économique et statistique, M.O. Carrère essaie de cerner la population des médecins généralistes et constate : 1) un choix du secteur 2 plus courant si le revenu des patients est plus élevé ; 2) moins la concurrence est forte, plus le secteur 2 est choisi ; 3) les médecins généralistes jeunes choisissent volontiers ce secteur; 4) la liberté des prix attire surtout les médecins les moins actifs

Carrere, M. O. (1987). "Le médecin ambulatoire et la rationalité économique." Journal D'economie Medicale 5(4) : 201-221.

Les médecins libéraux sont-ils des agents économiquement rationnels ? La rationalité économique est définie à l'aide d'un modèle micro-économique dans lequel on postule pour le médecin l'existence d'une fonction d'utilité dépendant de trois variables simples : - revenu net, - temps libre, rythme de travail. Cette analyse présente l'avantage d'intégrer les principales caractéristiques de la situation économique du médecin, à savoir : les prix des actes, - les niveaux d'activité, - les rythmes de travail, la structure d'activité. Le principal sujet abordé ici est l'évolution de la structure d'activité des médecins et la substitution des consultations aux visites. A l'aide du modèle, on observe que la substitution des consultations aux visites, très nette au cours de la décennie 70-80 pour les généralistes, est vraisemblablement liée à la tarification conventionnelle ; en effet, si l'on fait intervenir le temps de travail, les visites sont nettement moins bien rémunérées que les consultations. Selon les prédictions du modèle, plus le médecin est jeune et moins il est actif, plus forte sera sa préférence pour les visites. (Résumé d'Auteur)

(1984). "Le secteur libéral des professions de santé en 1981 : activité." Carnets Statistiques-Cnamts(12) : 160.

Devevey, J. (1984). "Les honoraires des médecins de 1978 à 1983." Solidarite Sante : Etudes Statistiques(5-6) : 63-75.

Mizrahi, A., et al. (1975). Les prix et les tarifs des services médicaux 1960-1975 : 110, 128 tabl., 110 graph.

L'objet de cette étude est d'estimer les prix des services médicaux à partir d'une synthèse de données obtenues soit auprès des ménages soit à partir des statistiques administratives de la Sécurité sociale et du Ministère de la santé.

La rémunération à la performance

- Pour un historique sur les dispositifs de rémunération à la performance en France, voir les synthèses (Irdes) : [la politique des médicaments en France](#) (pages 44 et suivantes) et [la pertinence de soins en France](#) (page 8).

2021

Cnam (2021). La rémunération sur objectifs de santé publique en 2020, Paris : Cnamts
<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-04-22-cp-rosp-2020>

L'année 2020, marquée par la crise sanitaire, a fortement perturbé l'évolution des indicateurs de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins. Afin de corriger les effets de cette situation très atypique, des mesures d'ajustement à la marge du calcul de la Rosp ont été définies avec les représentants des médecins.

2020

Cnam (2020). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport Charges et produits 2021. Paris Cnam : 273.
https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=28442

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires

pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2021 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Cnam (2020). La rémunération sur objectifs de santé publique en 2019, Paris : Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-04-17-dp-rosp-2019.pdf>

Pour la seconde année consécutive, les résultats de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), largement refondue et modernisée depuis 2016, sont en hausse avec, comme conséquence, une rémunération accrue pour les 73 582 médecins libéraux concernés en 2020. De façon générale, les résultats restent satisfaisants sur le volet 'optimisation et efficacité des prescriptions ; de plus, ils se maintiennent sur le volet 'suivi des patients atteints de pathologie chronique' ; enfin ils progressent, bien que légèrement, sur la prévention, volet qui a été volontairement renforcé, et sur lequel les résultats sont historiquement à la fois contrastés et plus en retrait. Les rémunérations de la Rosp clinique des médecins libéraux s'élevaient en 2020 à 275,9 millions d'euros et concernent 73 582 médecins rémunérés (contre 271,5 millions d'euros pour 73 719 médecins rémunérés en 2018).

Cnam (2020). "Rémunération des pharmacies d'officine française : du médicament aux soins." Revue Prescrire 40(440) : 456-462.

En France, le médicament remboursable reste une composante majeure de l'économie des pharmacies d'officine. La rémunération des pharmaciens d'officine s'est longtemps appuyée sur le prix de vente des médicaments, telle une pratique commerçante classique. En 2020, elle repose en grande partie sur des honoraires détachés du prix des médicaments, mais encore en partie liés aux volumes de vente. Cette évolution s'est déployée dans le cadre d'une convention entre l'assureur maladie obligatoire et les syndicats des pharmaciens d'officine. Cette convention, maintes fois amendée, définit la prise en charge des honoraires par la Sécurité sociale selon un schéma complexe.

2019

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

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

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

Cnam (2019). La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018, Paris : Cnam

https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/cnam_-_dossier_de_presse_rosp_2017_-_25_avril_2018.pdf

Mise en place au 1er janvier 2012, la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été profondément revue et modernisée lors de la convention médicale de 2016 avec des indicateurs

actualisés au regard des référentiels de santé publique en vigueur. Effective depuis le 1er janvier 2017, cette nouvelle Rosp témoigne de son intérêt comme levier d'évolution des pratiques cliniques avec, après deux années de mise en oeuvre, un bilan bien orienté. En 2018, dans le cadre des dispositions introduites dans la convention, la Rosp a fait l'objet de révisions, portant à la fois sur les indicateurs et sur les modalités de calcul, et définies conjointement avec les représentants des médecins dans l'avenant 6. Concernant les résultats, l'amélioration des pratiques se poursuit globalement en matière de vaccination, de prise en charge des maladies chroniques et de prescriptions plus pertinentes et efficaces au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses.

Cnam (2019). Une rémunération conventionnelle en hausse pour des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) en plein développement, Paris : Cnam

L'Assurance Maladie versera cette année une rémunération de 46,7 millions d'euros à 735 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) adhérentes au 31 décembre 2018 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), contre 35,6 millions d'euros versés à 538 MSP en 2017. Cette rémunération globale, en hausse de plus de 30 % par rapport à l'an dernier, ainsi que l'augmentation du nombre de MSP adhérentes, témoignent à la fois du dynamisme du dispositif conventionnel et de l'attractivité croissante d'un mode d'exercice regroupé et coordonné.

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

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

2018

Aubert, J. M. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé : 15.

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

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence. Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en oeuvre en 2020 et 2021.

Beaupin, A. (2018). "Financer forfaitairement les centres de santé : évaluer les résultats et identifier les facteurs favorisant la réussite." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les) (30) : 32-35.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit la possibilité de financer des prestations nouvelles et des modes d'organisation innovants. Dans ce contexte, le projet Epidaure-CDS porté par l'Institut Jean-François Rey avec plusieurs équipes de centres de santé a été retenu par

les pouvoirs publics en septembre 2018. L'objectif de l'évaluation est de remplacer la totalité des facturations à l'acte par un forfait annuel attribué au centre de santé.

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

Mise en place au 1er janvier 2012, la Rémunération sur objectifs a été profondément revue et modernisée lors de la nouvelle convention médicale signée en août 2016. Objectif de cette rénovation : renforcer la pertinence du dispositif et ainsi continuer d'améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur. Au vu de cette refonte en profondeur avec l'introduction de 17 nouveaux indicateurs et le relèvement des objectifs pour les indicateurs préexistants, les résultats ont entraîné le déclenchement du dispositif de sauvegarde qui est censé garantir pour la première année le maintien de la rémunération globale. Le paiement de la Rosp est effectif depuis le 25 avril. Il ne comprend pas la partie organisationnelle devenue forfait structure, qui sera versée en juin, de même que la Rosp Médecin Traitant de l'enfant également payée en juin. Les résultats décevants de la ROSP 2017, aussi bien sur le plan des montants versés (4 500 euros en moyenne par généraliste et MEP) qu'en matière de prévention, ont échaudé les syndicats de médecins libéraux qui réclament déjà des aménagements. La commission conventionnelle chargée du réexamen du dispositif commencera ses travaux dès la semaine prochaine.

2017

Cnamts (2017). La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif, Paris : Cnamts
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/2017-04-24-dp-rosp-nouvelle-convention-medicale.pdf>

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

2016

Cnamts (2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans, Paris : Cnamts
https://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf

Après 4 ans de mise en oeuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) témoigne de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez les plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, celle-ci a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, elle a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière 1 est passé de 52,9 % à 68,3 % 2 entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas.

2015

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

(2015). La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 3 ans, Paris : Cnamts

Ammi, M. et Peyron, C. (2015). Heterogeneity In General Practitioner's Preferences for Quality Improvement Programs: A Choice Experiment And Policy Simulation in France. Working paper series ; 150020. Toronto Canadian Centre for Health Economics : 37, tabl., fig.

Despite increasing popularity, quality improvement programs (QIP) have had modest and variable impacts on enhancing the quality of physician practice. We investigate the heterogeneity of physicians' preferences as a potential explanation of these mixed results in France, where the national voluntary QIP - the CAPI - has been cancelled due to its unpopularity. We rely on a discrete choice experiment to elicit heterogeneity in physicians' preferences for the financial and non-financial components of QIP. Using mixed and latent class logit models, results show that the models should be used in concert to shed light on different aspects of the heterogeneity in preferences. In particular, the mixed logit demonstrates that heterogeneity in preferences is concentrated on the pay-for-performance component of the QIP, while the latent class model shows that physicians can be grouped in four homogenous groups with specific preference patterns. Using policy simulation, we compare the French CAPI with other possible QIPs, and show that the majority of the physician subgroups modelled dislike the CAPI, while favouring a QIP using only non-financial interventions. We underline the importance of modelling preference heterogeneity in designing and implementing QIPs.

Da, Silva, N., et al. (2015). "Les liens entre la performance médicale et la composition de la patientèle : Une étude économétrique sur les médecins d'Ile-de-France." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(3) : 191-214, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9CR0xCIC. Diffusion soumise à autorisation]. La convention médicale de 2011 a systématisé l'usage du paiement à la performance à travers la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP). Il s'agit d'inciter financièrement le médecin à la fourniture d'une médecine de qualité et économe en s'appuyant sur des indicateurs chiffrés de résultats. Cet article propose une évaluation du ROSP à partir d'une analyse empirique pionnière en Ile-de-France. Nous testons particulièrement l'hypothèse selon laquelle la performance d'un médecin est en partie dépendante des caractéristiques de sa patientèle - la performance étant alors en partie indépendante de sa responsabilité. Dans cet esprit, nos résultats montrent que les médecins dont la patientèle est plus malade ont davantage de chance d'obtenir de meilleurs résultats. Les médecins avec une patientèle plus pauvre ont moins de chance d'obtenir de meilleurs résultats.

Saint-Lary, O. et Sicsic, J. (2015). "Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length." Health Policy **119**(4) : 417-426.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014002656>

In 2009, a voluntary-based pay for performance scheme targeting general practitioners (GPs) was introduced in France through the 'Contract for Improving Individual Practices' (CAPI). To study the impact of the CAPI on French GPs' consultation length. Univariate analysis, and multilevel regression analyses were performed to disentangle the different sources of the consultation length variability (intra and inter physician). The dependant variable was the logarithm of the consultation length. Independent variables included patient's sociodemographics as well as the characteristics of GPs and their medical activity.

Vaysette, P. (2015). "Rémunération des équipes : un barème à points." Reseaux Sante & Territoire(61) : 30-34.

Depuis fin février 2015, les structures pluriprofessionnelles (maisons et pôles de santé) ont commencé à solliciter leur CPAM et leur ARS pour signer les nouveaux contrats qui leur permettront de percevoir les rémunérations "équipes" en contrepartie d'engagements sur différents critères. Pour les centres de santé, les dispositions du règlement arbitral doivent être intégrées dans leur nouvel accord national qui doit être finalisé en mai. Comme la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) individuelle, les NMR (nouveaux modes de rémunérations) équipes sont financés par l'assurance

maladie. Le module 2 de l'expérimentation NMR qui concernait l'ETP (Education thérapeutique du patient) n'a pas fait l'objet de financement spécifique et a été intégré à minima dans le règlement arbitral.

2014

Cnamts (2014). La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence de soins, Paris : Cnamts

Dans le cadre de la convention médicale, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins ont mis en place une nouvelle rémunération des médecins fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Cette rémunération comporte pour les médecins traitants, les cardiologues et les gastroentérologues, quatre volets relatifs à la prévention, au suivi des pathologies chroniques, à la prescription de médicaments et à l'organisation du cabinet. Pour les autres médecins, elle comprend un volet unique relatif à l'organisation du cabinet. Deux ans après sa mise en place, le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique confirme la progression observée en 2012 qui se poursuit en 2013, au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins. Le taux général d'atteinte des objectifs s'améliore, en effet, significativement : il passe en un an de 51,1 % à 59,7 % pour l'ensemble des omnipraticiens, soit 8,6 points de plus. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'opinion de plus en plus favorable : selon une enquête conduite fin 2013, 7 Français sur 10 considèrent désormais que le système de rémunération sur objectifs de santé publique est une bonne chose. Quant aux médecins, s'ils étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place de la relation contractuelle individualisée, en 2011, ils sont aujourd'hui 57 % (dont 71 % pour les médecins ayant signé un CAPI) à considérer que l'Assurance Maladie les aide par cette évolution à atteindre leurs objectifs de santé publique. De surcroît, pour l'ensemble des objectifs fixés par la convention médicale de 2011, plus de 80 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoient de le faire dans l'année qui vient. Ces perceptions positives trouvent une traduction concrète dans les indicateurs de suivi de la ROSP.

Andriantsehoanarinala, L. (2014). Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. Montpellier Université de Montpellier 1, Université de Montpellier 1. Faculté de Médecine. Montpellier. FRA. **Thèse de médecine** : 208.

<http://www.atoute.org/images/2014/these%20refus%20ROSP%20-%20ANDRIAN.pdf>

CONTEXTE : La convention nationale entre médecins généralistes et assurance maladie signée le 26 juillet 2011 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 consacre un nouveau dispositif, la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), qui fait partie des paiements à la performance (P4P, pay for performance). Un espace est ménagé pour les généralistes souhaitant rester conventionnés, mais refusant cette rémunération. PROBLEMATIQUE : Pourquoi ces généralistes refusent-ils, alors que la majorité de leurs confrères ont accepté, qu'il s'agit d'augmenter leurs revenus et que le dispositif parle de santé publique et de qualité des soins ? OBJECTIFS : Décrire, analyser, comparer les raisons exprimées du refus. METHODE : Etude qualitative avec un questionnaire à but descriptif, administré à 42 médecins, permettant ensuite de choisir n=13 généralistes. Puis étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés de ces 13 médecins et analyse thématique. RESULTATS : Les médecins réfutent les résultats attendus : il n'y aura ni amélioration des pratiques, ni amélioration de la santé individuelle ou de la santé publique, ni d'économies sur les dépenses de santé. D'une part parce que les indicateurs sont incapables de juger de la qualité des soins, de la santé des populations et surtout sont incapables de manifester du « travail invisible ». Egalement à cause des enjeux éthiques, moraux et déontologiques : le conflit d'intérêt, comme la transformation du contrat moral de moyens en résultats, sont au cœur de leurs griefs et à la source des effets pervers du dispositif. D'autre part, les médecins réfutent la légitimité du dispositif, dénoncent l'illusion de volonté d'améliorer les pratiques par les tutelles, leur politique d'empêchement de la qualité et leurs propres conflits d'intérêt industriels ainsi que leur stratégie de pouvoir.

Cashin, C., et al. (2014). Paying for Performance in Health Care : implications for health system performance

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

Page 239 sur 408

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

and accountability, Maidenhead : Open University Press

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care.-implications-for-health-system-performance-and-accountability>

Health spending continues to outstrip the economic growth of most member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pay for performance (P4P) has been identified as an innovative tool to improve the efficiency of health systems but evidence that it increases value for money, boosts quality or improves health outcomes is limited. Using a set of case studies from 12 OECD countries (including Estonia, France, Germany, Turkey and the United Kingdom), this book explores whether the potential power of P4P has been over-sold, or whether the disappointing results to date are more likely to be rooted in problems of design and implementation or inadequate monitoring and evaluation. Each case study analyses the design and implementation of decisions, including the role of stakeholders; critically assesses objectives versus results; and examines the "net" impacts, including positive spillover effects and unintended consequences. With experiences from both high and middle-income countries, in primary and acute care settings, and both national and pilot programmes, these studies provide health finance policy-makers in diverse settings with a nuanced assessment of P4P programmes and their potential impact on the performance of health systems (4e de couverture).

Da, Silva, N. (2014). La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale. *Economix Working Papers ; 2014-31*. Paris Université de Paris 10 : 20.

http://economix.fr/pdf/dt/2014/WP_EcoX_2014-31.pdf

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

Massin, S., et al. (2014). "Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers." *Etudes et Resultats (Drees) (873) : 8*.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I9oR0xq9. Diffusion soumise à autorisation]. Les conditions d'exercice de la médecine générale connaissent d'importantes évolutions. La quasi-totalité des médecins interrogés fin 2012 déclarent avoir adhéré à la Rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par l'Assurance maladie en janvier 2012, et 80% d'entre eux pensent pouvoir en remplir les objectifs. En revanche, ils sous-estiment la rémunération que ce dispositif leur permettrait de recevoir. Un tiers d'entre eux se déclare favorable à des coopérations avec un infirmier. Ce résultat est très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération est nettement mieux acceptée dans le cas où l'auxiliaire médical serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Les tâches relevant des compétences réglementaires du médecin, comme les prescriptions, seraient moins volontiers confiées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

2013

(2013). Rémunération sur objectifs de santé publique. Une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins, Paris : CNAMTS

Mise en place depuis le 1er janvier 2012, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui

figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins -Assurance Maladie signée en juillet 2011 pour 5 ans, concerne aujourd'hui tous les médecins libéraux. La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'Assurance Maladie. Cette rémunération sur objectifs de santé publique est entrée en vigueur en 2012 et les premières rémunérations afférentes ont été versées aux médecins concernés à partir du 8 avril 2013. Cette première année d'exercice permet donc de dresser un bilan annuel et, à partir de cette photographie de la situation à fin 2012, de hiérarchiser les priorités, construire le plan d'action et mesurer, demain, les mouvements qui continueront de s'opérer (tiré de l'intro.).

Dormont, B. (2013). "Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de santé publique ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(40) : 53-61.

Mis en place en 2012 sous la forme d'une « rémunération sur objectifs de santé publique », le paiement à la performance a conduit en France au versement d'une rémunération moyenne de 4752 euros aux omnipraticiens. À l'origine ce type de paiement avait soulevé l'opposition du Conseil de l'ordre et de nombreuses critiques émanant de médecins et de chercheurs en sciences sociales. Face à ces oppositions de principe, l'état des lieux montre une variabilité considérable des pratiques en médecine ambulatoire et une prise en charge des maladies chroniques insuffisante chez la majorité des médecins. C'est pourquoi il est conforme à l'éthique de chercher à modifier les comportements afin d'encourager les actes préventifs et d'améliorer l'accès de tous à des soins de qualité. Cependant, comme toute incitation financière, le paiement à la performance peut avoir des effets contraires aux objectifs recherchés. Il est donc important qu'il ne constitue qu'une partie limitée de la rémunération du médecin et qu'une évaluation rigoureuse de ses effets soit systématiquement réalisée (résumé de l'éditeur).

2012

Holue, C. (2012). "Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?" Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(22) : 10-12.

Le paiement à la performance a été instauré par la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée en juillet 2011 (Journal officiel du 22 septembre). Ce dispositif remplace et amplifie le contrat pour l'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui s'adressait aux seuls médecins généralistes. Il s'applique à tous les médecins qui ne l'ont pas refusé par lettre recommandée à leur caisse primaire d'assurance maladie avant le 26 décembre 2011, c'est-à-dire à l'immense majorité d'entre eux. Le déploiement du P4P se déroule en deux temps. Il concerne d'abord les médecins traitants avec une rémunération maximale annuelle de 9 100 euros sur la base de 800 patients, mais le volet « organisation du cabinet » (1 750 euros) s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités. Il sera ensuite adapté aux cardiologues, aux endocrinologues, aux pédiatres et aux gastro-entérologues, puis progressivement aux autres spécialités.

Jiang, S., et al. (2012). "The rationale for the french hospital experiment with P4P (IFAQ) : lessons from abroad." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **30**(7-8) : 435-453, rés., tabl., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qGR0xClr. Diffusion soumise à autorisation]. Une initiative relative au paiement à la performance (P4P) a été lancée en 2012 pour les hôpitaux français. Le projet COMPAQ-Hpst a été chargé d'élaborer la méthodologie de cette expérimentation. L'analyse des initiatives étrangères, de leurs forces et faiblesses, a permis de proposer un programme, tenant compte des spécificités françaises, qui a fait l'objet d'une concertation avec les représentants du Ministère de la Santé (Direction Générale de l'Offre de Soins-DGOS), de la Haute Autorité de Santé et les quatre fédérations hospitalières. Cet article présente les leçons tirées de l'étranger, et comment elles ont été ou non adoptées dans le design du P4P français. (résumé d'auteur).

Saint-Lary, O., et al. (2012). "Performance scores in general practice: a comparison between the clinical versus medication-based approach to identify target populations." Plos One **7**(4) : e35721-e35721.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334971/>

D'un pays à l'autre, les mécanismes de rémunération à la performance diffèrent sur un point important : l'identification des populations cibles. Ce sont ces populations qui servent de base pour le calcul des indicateurs.

Saint-Lary, O., et al. (2012). "Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France." *Journal of Medical Ethics*(en ligne) : 1-7.

<http://jme.bmj.com/content/early/2012/04/05/medethics-2011-100159.full.pdf+html>

Vayssette, P. (2012). "Produire de la connaissance sur les soins de premier recours. Entretien avec Yann Bourgueil, directeur de l'Irdes." *Reseaux Sante & Territoire*(43) : 11-13.

L'organisation des soins primaires et l'évaluation des organisations des soins comptent parmi les domaines de recherche de l'Irdes. Alors que la loi HPST de 2009 a défini pour la première fois dans notre pays le champ "soins de premier recours", l'Irdes s'est investie sur cette thématique, notamment au travers de son partenariat Prospère, et sur l'évaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR).

2011

Barlet, M., et al. (2011). "Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?" *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(2-3) : 124-155.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xA7qtm. Diffusion soumise à autorisation]. Des nouveaux modes de rémunération des médecins généralistes libéraux (forfaits, paiement à la performance...) se développent en France à l'instar de ce qui se passe dans les autres pays de l'OCDE. À partir d'une enquête auprès de 1 900 médecins généralistes libéraux, l'article analyse l'opinion des médecins sur l'introduction de nouveaux modes de rémunération : 61% y sont favorables et 39% défavorables. Ainsi, l'adhésion d'une forte majorité des médecins nécessiterait la mise en place de modes de rémunération mixtes offrant un véritable choix au médecin. Pour environ un cinquième des médecins interrogés, c'est avant tout le niveau de leur rémunération qui est une source forte d'insatisfaction. Une classification des médecins à partir de leurs opinions sur les modes de rémunération et sur leur niveau de vie permet de distinguer sept profils de médecins.

Bourgueil, Y. (2011). "Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation." *Revue Hospitaliere de France*(538) : 12-16.

Le concept de soins primaires est peu connu en France, vraisemblablement en raison de la définition très large que lui a donnée l'Organisation mondiale de la santé (Oms) dans la déclaration d'Alma Mata de 1978. Cet article présente, tout d'abord, trois types de définition des soins primaires. Puis, il décrit les modèles mis en place depuis les années 1940 dans différents pays industrialisés. Il analyse enfin les enjeux et développements des soins primaires en France : émergence de la spécialité en médecine générale, nouveaux modes de tarification des professions de santé, mise en place des Capi (contrats d'amélioration des pratiques individuelles), réforme introduite par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST).

Bras, P. L. (2011). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) à la lumière de l'expérience anglaise." *Journal D'economie Medicale* 29(5) : 216-230.

[BDSP. Notice produite par ORSRA mn8kR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. Des dispositifs de rémunération selon les performances ont été mis en place en Angleterre (Quality Outcome Framework, QOF) et en France (contrat d'amélioration des pratiques, Capi) pour les médecins de premier recours. La mise en regard de ces deux démarches fait apparaître des divergences fondamentales. Le système français est plus fruste que le dispositif anglais (moindre investissement,

indicateurs limités, introduction d'objectifs d'économies immédiates, quasiment pas d'indicateurs de résultats, absence de modulation selon la composition ou le comportement de la patientèle, gestion des données externes au cabinet). La rusticité du système français s'explique notamment par le contexte politique des relations avec le corps médical. Le système anglais a été négocié avec les représentants de médecins et fait l'objet d'un large consensus au sein du corps médical. Le système français a été mis en place malgré l'opposition du corps médical. Par ailleurs, l'essentiel des différences tient non pas au dispositif lui-même mais à ses destinataires. Le QOF s'adresse à des cabinets dotés d'outils informatiques développés et organisés en équipe. Ils peuvent de ce fait gérer les incitations qui leur sont adressées. En France, le dispositif s'adresse à des médecins isolés qui disposent de peu de moyens techniques ou humains. Le contexte d'implantation apparaît comme un élément déterminant des effets que l'on peut attendre de cette forme de rémunération.

Chabot, J. M. (2011). "Le paiement à la performance." *Revue Du Praticien (La)* **61**(8) : 1127-1128.

Perrier, P. (2011). "Capi : un premier bilan." *Espace Social Europeen*(992) : 14-15, tabl.

Instauré en 2009 à l'initiative de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cants), le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) a introduit pour la première fois en France une rémunération des médecins conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques professionnelles, rémunération qui s'ajoute à celle des actes traditionnels. Ce dispositif a été défini initialement en dehors du champ conventionnel avec au départ, une grande réserve des syndicats médicaux. Il est basé sur le volontariat, dédié aux médecins ayant un seuil d'activité minimum et concerne, de fait, majoritairement des médecins généralistes. Cet article fait une évaluation des résultats obtenus suite aux trois premières vagues de signataires.

Saint-Lary, O., et al. (2011). "Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il révélateur ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(2-3) : 180-209.

L'assurance maladie a lancé début 2009 un programme dit de paiement à la performance pour les médecins généralistes : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Il propose aux médecins adhérents de majorer leur rémunération en échange d'une meilleure qualité de leur pratique, mesurée à partir d'une batterie d'indicateurs. L'article cherche à mettre en évidence les facteurs qui déterminent un médecin à y adhérer ou non, à partir d'entretiens collectifs de type focus group, avec des médecins adhérents, d'une part, et non-adhérents, d'autre part. À partir d'une grille construite par une équipe multidisciplinaire, ce travail montre que c'est d'abord le type de positionnement vis-à-vis de l'assurance maladie qui permet de prédire leur choix, mais qu'un second facteur a aussi un rôle propre : le jugement a priori qu'ils portent sur la capacité des indicateurs du CAPI à donner une image valide de la pratique de médecine générale. Les limites de ces résultats sont discutées tout en montrant comment ils permettent d'envisager de coupler au CAPI des incitations non monétaires susceptibles de permettre à des non-adhérents d'améliorer leur pratique (résumé d'auteur).

2010

(2010). "Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). A amender pour la qualité des soins (suite)." *Revue Prescrire* **30**(326) : 555-556.

(2010). "Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Suite et fin : un essai de rémunération à la performance à amender pour la qualité des soins." *Revue Prescrire* **30**(326) : 932-940.

En France, le CAPI version 2009 mélange maîtrise des dépenses, incitation à participer à des actions de santé publique et à standardiser des pratiques. Tous les indicateurs ne mesurent pas la qualité des soins et aucun ne mesure les résultats. Mais il a créé la rémunération des médecins aux résultats. En décidant unilatéralement du CAPI et de sa rémunération, l'assureur maladie obligatoire, à la fois juge et partie, oriente et gère directement une part de l'activité des médecins généralistes.

Bras, P. L. et Duhamel, G. (2010). "Le système de soins anglais, un modèle pour la France ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(26) : 39-59, tabl., fig.

L'organisation pluridisciplinaire de la médecine de recours, la prise en compte des performances en termes de qualité dans la rémunération des médecins, la culture de l'évaluation et de la transparence, la promotion du choix des patients, la prise en compte du calcul médico-économique dans les décisions sont autant de caractéristiques du système anglais qui peuvent contribuer à la réflexion sur les évolutions du système français. Il sera intéressant, dès lors que l'on aura un peu de recul, d'examiner, si, compte-tenu de la forte augmentation du budget de la NHS, le système anglais les a améliorés significativement au cours de la décennie 2000.

Morin, L., et al. (2010). "Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France." Sante Publique **22**(5) : 581-592, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP BR0xsoIF. Diffusion soumise à autorisation]. Ledisease management développé aux États-Unis dans les années 90, est une démarche globale qui cherche à intégrer toutes les étapes de la prise en charge de la maladie chronique, de la prévention à l'éducation pour la santé. Sa mise en oeuvre se traduit aux États-Unis par le concept de Medical Home en Allemagne par des contrats incitant les médecins généralistes et les caisses de sécurité sociale à prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques, et au Royaume-Uni par des dispositifs favorisant la délégation de tâches et la coopération entre professionnels des soins primaires. En France, ce concept fait progressivement partie intégrante de la stratégie d'accroissement de la qualité des soins développée par l'Assurance Maladie en promouvant son développement encore expérimental sur les soins de premier recours. (R.A.).

Polton, D. (2010). "Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France." Revue Francaise Des Affaires Sociales(3) : 97-101.

Cet article présente la stratégie globale que l'assurance maladie française déploie depuis plusieurs années pour gagner en qualité et en efficacité dans le système de soins. Cette démarche s'appuie sur les soins primaires et les médecins traitants, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en constitue un des éléments.

Polton, D. et Aubert, J. M. (2010). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? (CAPI)." Lettre Du College (La) **21**(3) : 5-7.

<https://www.ces-asso.org/publication/la-lettre-du-college-septembre-2010>

Depuis plusieurs années, l'assurance maladie mène une politique active pour accroître la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Cette politique dite «de maîtrise médicalisée » passe notamment par une sensibilisation du corps médical aux objectifs de santé publique et aux objectifs d'économies. Une étape importante a été le développement de l'accompagnement des professionnels à travers les visites des délégués de l'assurance maladie et les entretiens confraternels. Ainsi en 2010, plus de 450 000 entretiens individuels ont eu lieu entre des professionnels de santé et des représentants de l'assurance maladie sur la prévention, la prise en charge des malades ou la bonne utilisation des ressources. Une nouvelle étape de cette stratégie est la mise en place d'une composante de rémunération à la performance pour les médecins généralistes, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Ce contrat est inspiré d'expériences étrangères. Après les premières initiatives développées aux États-Unis à la fin des années 1990, une expérience européenne à grande échelle a été mise en place en 2004 dans le cadre de la convention entre les médecins généralistes anglais et le National Health Service. La particularité du contrat français est la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins et d'objectifs d'efficacité des pratiques. Dans d'autres pays, ce deuxième volet est abordé au travers d'autres outils de responsabilisation, qui n'existent pas en France.

L'observation de la pratique

LE CONTENU DE LA PRATIQUE

2021

Aghnatiou, M., Darloy, T., Dictor, J., et al. (2021). "Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif." *Sante Publique* **33**(4): 547-558.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-547.htm>

Introduction : Le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) s'inscrit dans la loi en France en 2018. En acquérant des compétences relevant du champ médical, l'IPA suivra des patients volontaires et adressés par un médecin. Une évaluation de l'impact de cette innovation de l'organisation des soins français doit être remise au Parlement français en 2021. Ce travail de recherche a été mené pour recueillir des données visant à accompagner l'implémentation du dispositif et à constituer un point de départ au suivi du dispositif dans le temps. But de l'étude : Explorer les représentations des différents acteurs du dispositif d'IPA pour les maladies chroniques stabilisées en soins primaires, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : patients, médecins généralistes, infirmiers libéraux et étudiants infirmiers en pratique avancée. Résultats : Dans cette étude qualitative prospective par théorisation ancrée, 58 entretiens individuels semi-dirigés ont été menés. Les participants ont exprimé des représentations hétérogènes du rôle de l'IPA. Ils ont fait part d'un flou autour du dispositif et ont exprimé le besoin d'une meilleure communication afin de faciliter son intégration. Le suivi des plans de soins, la prise en charge des patients à domicile, l'éducation thérapeutique et la prévention ont été identifiés comme des besoins auxquels l'IPA pourrait participer. Les zones sous-médicalisées ont été suggérées comme propices à son implémentation. La principale crainte a été le changement de répartition des tâches professionnelles avec le risque de concurrence. L'intégration de l'IPA a été perçue comme plus simple au sein d'établissements de soins car les rôles y sont bien définis avec peu de confusion identitaire entre les acteurs contrairement au milieu libéral. La collaboration entre acteurs de santé a été évoquée comme une condition de réussite du dispositif IPA. Une attitude prudente a été relevée et un besoin de rodage a émergé, les premiers IPA étant considérés comme des précurseurs. Conclusions : La mobilisation des acteurs de santé est un critère de bonne réussite d'intégration de l'IPA, une politique de sensibilisation semble donc nécessaire. La formation des professionnels de santé dans leur cursus ou en formation continue permettrait de développer des compétences collaboratives nécessaires à l'intégration de l'IPA.

Charpigny, M., Hada, S., Vitalis, E., et al. (2021). "Infirmières en pratique avancée (IPA)." *Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)* (36) : 8.

<https://cahiersdesante.fr/editions/36/infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-presentation-bilan-et-perspectives-5-ans-apres-la-loi>

Le métier d'infirmières évolue sous l'influence du développement des sciences et techniques médicales, mais aussi de la pénurie de médecins. Des pratiques nouvelles et une réorganisation des services paraissent possibles. Il y a des conditions à mettre en place : formation, délégations de tâches, traitement social, reconnaissance professionnelle. Nous donnons ici un aperçu des expériences en cours en particulier en centre de santé.

Chevillot, D., Zamord, T., Durieux, W., et al. (2021). "Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde." *Sante Publique* **33**(4): 517-526.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-517.htm>

Introduction : Les soins non programmés (SNP) sont une problématique d'actualité, en particulier dans le contexte de l'épidémie de COVID-19. Ils sont au centre des politiques de santé, notamment par leur impact sur la saturation des services d'urgences. Ils surviennent dans une situation d'inadéquation entre l'augmentation des besoins de santé et la modification de l'offre de soins. Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes pour la gestion des SNP sur le territoire Sud Gironde. Méthode : Notre recherche s'est appuyée sur la combinaison d'une étude transversale descriptive par autoquestionnaire et d'un recueil de données qualitatives par entretiens semi-structurés. Résultats : La permanence téléphonique était déléguée à un secrétariat pour 79 % des médecins ; 67 % disposaient d'une organisation spécifique à la gestion des SNP, notamment via des créneaux dédiés ; 88 % proposaient une réponse structurée aux SNP. Le secrétariat apparaissait comme un maillon nécessaire à la gestion des demandes de SNP, par son rôle de tri, de

régulation et de planification des rendez-vous. Le travail de groupe était mis en avant comme un moyen de répartir de façon équitable la réponse aux SNP, de pouvoir réaliser les visites à domicile non programmées et d'éviter les refus de soins. Cette gestion mutualisée semblait difficile à mettre en œuvre lorsqu'elle dépassait les frontières du cabinet. Conclusion : Les médecins généralistes avaient majoritairement mis en place une gestion structurée et mutualisée des SNP mais avait besoin d'aide et de support pour s'organiser à l'échelle d'un territoire, par exemple dans le cadre de Communautés professionnelles territoriales de santé.

De Rosis, C., Teixeira, M. et Jovic, L. (2021). "Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins." *Sante Publique* **33**(1) : 89-100.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-1-page-89.htm>

Peu nombreuses sont celles ayant analysé les processus locaux de son implantation. Celle présentée dans cet article porte sur une expérimentation préfigurant la fonction d'IPA (pré-IPA) dans le système de soins français. But de l'étude : Cette étude examine les obstacles et les leviers au développement de la fonction des pré-IPA à la lumière de leur rôle actif dans les processus de leur implantation. Résultats : Parmi les freins figurent des confusions de la fonction des pré-IPA avec d'autres fonctions infirmières de la part de leurs collègues et supérieurs hiérarchiques, des assimilations partielles à la profession médicale, la restriction de l'exercice des pré-IPA sous l'effet du contrôle des médecins au sein de relations interprofessionnelles très ambivalentes. Les médecins ont aussi joué un rôle de levier dans le cadre d'un mentorat interprofessionnel visant à promouvoir l'introduction des pré-IPA. Celles-ci ont adopté des stratégies de négociation de leurs compétences, d'information et de sensibilisation sur leur fonction tout en revendiquant une identité professionnelle se construisant sur leur compétence d'infirmière experte dans les soins infirmiers de leur domaine d'exercice (le sujet âgé, la santé mentale et la psychiatrie, l'accompagnement des patients chroniques ou atteints de cancer, les soins de premiers secours). Conclusion : Le développement de la pratique infirmière avancée ne peut dériver que partiellement des structures formelles et des cadres réglementaires. Les diverses initiatives pour faire connaître, construire et installer ces fonctions sont illustratives d'un processus de coconstruction dans les milieux d'exercice.

2020

Ramsay, K. (2020). "Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?" *Les Tribunes de la santé* **63**(1) : 57-64.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-57.htm>

Longtemps attendu et âprement négocié, l'exercice en pratique avancée infirmière est devenu une réalité. Nouveau métier, nouvelles expertises, depuis 2019, la pratique avancée est un statut qui confère aux infirmières diplômées des compétences élargies et une plus grande autonomie. Champ d'intervention, lieu de stage, formation... le modèle est-il (trop) hospitalo-centré ? Comment intégrer les infirmières en pratique avancée (IPA) dans une équipe de soins primaires ?

Roques Latrille, C. F. (2020). "Médecine et société : l'exercice de la médecine de campagne dans le sud de la France il y a 150 ans et aujourd'hui." *Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine* **204**(3) : 292-298.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.06.019>

Résumé Les archives d'un médecin de Mirepoix (Ariège) laissent apparaître, pour l'année 1869, 337 jours travaillés dont 282 jours de déplacements en campagne (8000 km en voiture à cheval). Huit cent quatre-vingt-seize patients (387 en campagne), appartenant à 597 familles (306 en campagne) ont été pris en charge par 2108 actes médicaux (696 en campagne) : en moyenne, 2,4 actes médicaux par patient et par an et pour le médecin 6,3 actes par jour de travail. Quarante-huit fois des circonstances particulières ont été identifiées : chirurgie (5), traumatismes ostéo-articulaires (8), plaies (3), hernies (3), drainage d'abcès (3), ponctions (ascite : 10, hygroma 1), cathétérisme vésical (12), obstétricie (2) certificat médical (1). Six mille six cent vingt-sept FF d'honoraires facturés (1605 FF impayés — 100 familles). Les sociétés de secours mutuel ont payé 646 FF pour 104 patients (17 en campagne — 189 FF). Ces revenus représentent 11 fois le salaire annuel d'un ouvrier non qualifié et 6,5 fois le PIB par habitant. Les dépenses consistaient en alimentation (1361 FF), habillement (983 FF),

déplacements (846 FF), assurances, impôts et intérêts (330 FF), personnel domestique (servante et cocher : 235 FF), chauffage et éclairage (88 FF). Les médecins actuels de l'Ariège traitent annuellement 1816 patients (5266 actes) pour des honoraires bruts de 143 464 € (8 fois le SMIC et 4 fois le PIB par habitant). Les dépenses du ménage sont constituées par l'alimentation (13 %), l'habillement (3 %), les déplacements (10 %), le logement et l'énergie (24 %).

Sihol, J., Legendre, B. et Monziols, M. (2020). Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaires. Etudes et Resultats (Drees) (873) : 5.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er1147.pdf>

Entre 2014 et 2017, les médecins généralistes exerçant dans des territoires actuellement classés en zones d'intervention prioritaire (ZIP), caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, ont des pratiques d'exercice spécifiques. Ils ont une patientèle plus importante et déclarent réaliser davantage de consultations. Mais leur temps de travail hebdomadaire reste comparable à celui des médecins généralistes exerçant hors ZIP. Leur durée moyenne de consultation est donc plus courte que celle de ces derniers. Ils ont légèrement moins de liens avec les autres professionnels de santé et consacrent moins de temps à la formation continue. Ils ont également tendance à prescrire davantage d'antidouleurs opioïdes, mais moins de soins paramédicaux, et effectuent moins d'actes de prévention. Ces résultats tiennent compte des caractéristiques individuelles observées des médecins, ainsi que de certaines caractéristiques de leur patientèle et de leur commune d'installation. Malgré des différences de pratiques d'exercice au quotidien, les médecins généralistes installés dans une zone devenue ZIP ne se distinguent pas de leurs confrères au regard de la conception qu'ils se font de leur travail (suivi médical, soutien psychologique et social, coordination des soins, etc.)

Sihol, J. et Ventelou, B. (2020). Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ? Documents de travail ; G2020/01. Paris Insee : 47, tabl.

<https://insee.fr/fr/statistiques/4303437>

Actuellement, on observe en France l'apparition de zones dans lesquelles le nombre de généralistes en regard des besoins de la population est très inférieur à la moyenne nationale. L'étude s'attache d'abord à mesurer des corrélations entre la densité médicale et certaines variables d'activité et de pratiques de prescription des médecins généralistes. Pour mesurer la densité médicale, nous nous appuyons sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) ainsi que sur le zonage de 2018 qui définit le périmètre des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) vers lesquelles sont fléchées les aides au maintien des généralistes. Les données utilisées sont celles du troisième panel d'observation des généralistes libéraux, enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS. Nous observons que la sous-densité médicale va de pair avec des temps de consultation plus courts sans que le temps de travail du médecin ne soit affecté. Nous documentons également l'existence de corrélations entre la densité médicale et certains volumes de prescriptions. En particulier, les médecins des zones les moins denses prescrivent davantage d'antidouleurs (opioïdes) et moins de soins paramédicaux. Enfin, il semble que les actes de prévention soient moins fréquents dans les ZIP. L'étude s'intéresse encore aux modalités de sélection des ZIP. Cette sélection s'effectue en partie à l'aide d'un seuil sur l'indicateur d'APL, mais les Autorités Régionales de Santé (ARS) ont également la possibilité de sélectionner des communes. En utilisant des variables dont la première partie de l'étude a montré la corrélation avec la densité médicale, nous comparons cette sélection effectuée avec une sélection contrefactuelle qui aurait été entièrement centralisée et fondée uniquement sur l'indicateur d'APL. La sélection effectuée semble davantage refléter l'hétérogénéité des pratiques des médecins.

2020

ORS (2020). "Organisation des cabinets médicaux des médecins généralistes libéraux dans les Pays de la Loire." 6.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%20panel4_mg_org_cabinets_22.pdf

Dans les Pays de la Loire, près de neuf médecins généralistes libéraux sur dix disposent d'un secrétariat. C'est 11 points de plus qu'au niveau national et 14 points de plus qu'en 2011. Cette augmentation est en partie liée au développement de nouveaux outils à disposition des praticiens. En effet, les médecins généralistes, et particulièrement les plus jeunes, ont plus volontiers recours à des secrétariats téléphoniques à distance ou à des outils de prise de rendez-vous en ligne. Les praticiens font appel à des comptables pour les trois quarts d'entre eux. Néanmoins, le fait de disposer d'un secrétariat et/ou d'un comptable ne modifie pas le temps hebdomadaire qu'ils consacrent aux tâches de gestion, coordination, secrétariat et comptabilité. La région se distingue enfin par une proportion élevée de médecins agréés « maîtres de stage des universités » (43 %). C'est 13 points de plus qu'au niveau national.

2019

(2019). "Infirmière en pratique avancée : un nouveau métier au sein de l'équipe de soins." Revue Prescrire 39(432) : 773-778.

En France, la pratique avancée des auxiliaires médicaux, créée par la loi de santé 2016, a été définie pour les infirmières dans les textes réglementaires en 2018 et 2019. L'IPA est une infirmière au champ de compétences élargi et à l'autonomie accrue. Il s'agit pour la profession d'un nouveau métier, sans être une nouvelle spécialité. La pratique avancée est possible en équipe. En dépit des textes officiels qui définissent cette fonction et de l'obtention des premiers diplômes, le flou demeure sur plusieurs aspects de l'exercice à venir des IPA.

Cour des Comptes (2019). L'agence nationale du développement professionnel continu (DPC) : référé. Paris Cour des comptes : 6.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lagence-nationale-du-developpement-professionnel-continu-andpc>

La Cour a procédé en 2018 au contrôle de l'ANDPC. Elle a constaté de profonds dysfonctionnements dans le pilotage et le financement du développement professionnel continu (DPC) de l'ensemble des professionnels de santé, dont cette agence a la charge. Le dispositif, flou, pâtit d'un encadrement inefficace ; les contrôles, lacunaires, ne permettent pas de s'assurer de la réalité ni du contenu des actions de formation suivies ; les financements, généreux, sont insuffisamment contrôlés. Le DPC tel qu'il est mis en œuvre aujourd'hui ne permet pas de s'assurer que les professionnels de santé suivront au cours de leur vie professionnelle les formations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins. La Cour émet trois recommandations visant à y remédier.

Bismuth, M., Birebent, J., Driot, D., et al. (2019). "Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français : revue systématique de la littérature." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 15(3) : 138-144.

Le contexte actuel de crise des Soins premiers, combiné aux nouvelles aspirations et responsabilités familiales des praticiens, sont à l'origine d'une pénurie en acteurs des soins de premier recours. Pour solutionner cette problématique, une nouvelle dynamique tend à s'intéresser aux aspects « positifs » de la Médecine générale. Pour cela il est important d'identifier les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes libéraux français, favorisant leur maintien dans la profession.

Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., et al. (2019). "Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine." Etudes Et Resultats(1113) : 2.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>

Les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, selon le Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Ils

passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes, et consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances. De plus, 2 heures par semaine en moyenne sont dédiées à d'autres activités (vacations à l'hôpital, par exemple). En 2017, les médecins généralistes ont pris 5,7 semaines de vacances en moyenne. En définitive, 60 % des médecins généralistes déclarent que leurs horaires s'adaptent bien à leur vie privée.

ORS Pays-de-la-Loire (2019). "Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire." Panel en médecine générale des Pays-de-la-Loire 2018-2020(21) : 6.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2019_PDF/2019_panel3_mg_emploi_temps_21.pdf

Cette enquête menée fin 2018-début 2019 apporte des éléments actualisés sur l'exercice en groupe, et plus spécifiquement en maisons de santé pluri-professionnelles. Sont également évoqués les nouveaux modes d'exercice coordonné qui se mettent en place dans la région : Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP). L'emploi du temps des médecins généralistes est abordé de manière descriptive (durée hebdomadaire de travail, durée des consultations et visites...), et à travers le ressenti des médecins quant à l'adaptation de leurs horaires de travail à leur vie extra-professionnelle.

Silhol, J., Ventelou, B. et Marbot, C. (2019). "Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ?" Revue Française Des Affaires Sociales(2) : 215-249.

Selon les projections récentes, les effectifs de médecins libéraux diminueront de 30 % d'ici à 2027 et la densité standardisée diminuerait jusqu'en 2023, créant des poches de sous-densité relativement nombreuses sur le territoire français métropolitain. L'article s'intéresse aux ajustements que les médecins généralistes de ville mettent en œuvre lorsque, sur leur territoire, ils sont d'ores et déjà confrontés à cette raréfaction. Les données utilisées sont celles du troisième panel des médecins généralistes enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS. Nous nous sommes appuyés sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé, développé par l'IRDES et la DREES, pour définir les zones les moins dotées en généralistes. En comparant les comportements des généralistes exerçant dans les zones les moins dotées à leurs homologues des zones mieux dotées, il est apparu d'abord que le planning d'activité du médecin tend à s'intensifier plutôt qu'à s'allonger. Nos données semblent en effet montrer que les rythmes de consultation dans les zones les moins dotées sont plus élevés, alors que le temps de travail global des généralistes s'avère quant à lui peu réactif à la densité en médecins alentour. On note aussi quelques différences statistiquement significatives sur les pratiques médicales : usage accru de certains médicaments, moins de renvoi vers des soins paramédicaux, suivis gynécologique probablement un peu moins réguliers, etc. Cependant, il semble que les différences ne sont pas statistiquement significatives pour les indicateurs de qualité des pratiques rattachés au dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Virama-Latchoumy, L., Chevillot, D., Rousselot, N., et al. (2019). "Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 15(2) : 85-90.

La médecine générale est devenue une spécialité en 2004 et les premiers spécialistes de médecine générale ont été qualifiés il y a plus de dix ans. Cette reconnaissance a-t-elle entraîné un changement dans le fonctionnement du système de santé français ? L'analyse de la perception des patients, des médecins généralistes et des représentants institutionnels permet d'apporter des éléments de réponse. Plus d'une décennie après sa création, le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a changé progressivement le paysage universitaire mais n'a permis ni la reconnaissance sociétale de la profession, ni sa restructuration.

2018

(2018). ""Bilans partagés de médication" par les pharmaciens d'officine : un outil pour sécuriser les soins." Revue Prescrire **38**(422) : 903-904.

Depuis 2018, en France, les pharmaciens d'officine sont autorisés à effectuer des "bilans partagés de médication" chez des patients polymédicamentés âgés d plus de 65 ans, dans l'objectif de réduire le risque d'effets indésirables. Cette mission met en valeur le métier de pharmacien-soignant et incite à instaurer ou renforcer une relation avec les autres soignants dans un esprit de complémentarité.

Jager, W. (2018). Médecine de ville : le pari de la jeunesse. Paris Terra Nova : 37, tab., fig.

https://tnova.fr/site/assets/files/11860/terra-nova_note-medecine-de-ville-jeunesse_080118.pdf?10xuo

Bientôt majoritaires dans le corps médical, les jeunes médecins ne bénéficient pas aujourd'hui d'une véritable représentation dans les lieux de négociation et de décision sur la politique de santé. En effet, le processus électoral qui définit les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics tend à les exclure de la représentation collective. Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont de facto écartés des négociations conventionnelles car leurs débuts de carrière ne ressemblent pas à ceux de leurs aînés. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention, qui s'appliquera à leur activité, sans que les nouveaux arrivants aient pu se prononcer à son sujet. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils en sont écartés, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants. Or ce sont bien les jeunes que l'on mobilise dès qu'il s'agit d'instituer un rapport de force avec les pouvoirs publics ; eux à qui l'on pense lorsque sont imaginées des solutions pour apaiser les maux de notre système de santé (déserts médicaux notamment). La présente note ouvre des perspectives pour donner aux nouvelles générations de médecins les moyens d'agir. C'est indispensable si l'on tient à enrayer la baisse du temps médical disponible dans un contexte où les besoins de santé ne cessent d'augmenter (tiré du texte).

Margat, A. et Morsa, M. (2018). "Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques(14) : 365.

Parmi les réponses apportées aux malades chroniques, l'éducation thérapeutique du patient tient une place importante. Cependant, un faible niveau de littératie en santé (LS) constitue un obstacle majeur pour accéder à cette éducation. Ceci est particulièrement déterminant chez les patients faiblement ou non alphabétisés qui bénéficient moins des actions d'éducation en santé et ne possèdent pas les compétences pour recourir aux ressources existantes. La LS est au carrefour de l'éducation, de la santé et de la culture et, en ce sens, elle nécessite une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. À ce titre, le médecin généraliste peut jouer un rôle central que ce soit par le repérage des patients avec un faible niveau de littératie ou la mise en œuvre d'interventions éducatives.

Millien, C., Chaput, H. et Cavillon, M. (2018). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>

Un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours, selon l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins réalisée par la DREES, auprès de 40 000 personnes. Pour certaines spécialités médicales, ces délais d'attente sont de plus de deux mois. C'est en ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, gynécologie et rhumatologie qu'ils sont les plus importants. Toutefois, les délais sont bien moindres, quel que soit le professionnel contacté, lorsque la demande de rendez-vous est liée à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes. Ainsi, chez le médecin généraliste, la moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes, contre 6 jours pour un contrôle périodique. Les temps d'attente sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé est faible, notamment dans les petits et moyens pôles et dans les communes hors influence des pôles. Les délais sont jugés corrects ou rapides pour huit demandes de rendez-vous sur dix, sauf dans les spécialités médicales pour lesquelles ils sont les plus longs. La quasi-totalité des prises de contact se concrétisent par l'obtention d'un rendez-vous. Toutefois, les personnes qui ne réussissent

pas à en obtenir un, cherchent en majorité à contacter un autre professionnel. Elles se reportent assez peu vers les urgences hospitalières.

Pla, A. (2018). "Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite." *Etudes Et Resultats*(1097) : 4. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1097.pdf>

Au 1er janvier 2018, près de 10 % des médecins libéraux ou ayant une activité mixte exercent dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite, soit un peu plus de 12 000 médecins. Le nombre de bénéficiaires du dispositif s'est fortement accru ces dernières années. Les spécialistes conventionnés en secteur 2, et notamment les psychiatres, y ont davantage recours que les généralistes ou les spécialistes de secteur 1. Au-delà de 65 ans, près de 70 % des médecins encore en activité sont des cumulants. La cessation d'exercice définitive de ces bénéficiaires intervient en moyenne à 69,5 ans, après avoir cumulé revenu d'activité et pension de retraite pendant près de quatre ans. Leurs revenus sont quasiment au même niveau que ceux des actifs non cumulants. La croissance du dispositif d'année en année entraîne un recul progressif de l'âge de fin d'activité des médecins libéraux, qui atteint en moyenne 67 ans en 2017. Néanmoins, les différences d'âge à la cessation d'exercice se maintiennent entre hommes et femmes, généralistes et spécialistes. La fin d'activité intervient plus tardivement pour les spécialistes dans les zones où ils sont nombreux à exercer, ainsi que pour les généralistes dans les zones peu denses. Paris se démarque particulièrement, les médecins y prolongeant leur activité nettement plus longtemps qu'ailleurs.

Roziere, T., Rodts, U., Igondjo, L., et al. (2018). "L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM." *Points de Repere*(50) : 15, tabl. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-07_actes-ccam-2016_points-de-repere-50_assurance-maladie.pdf

Ce Points de repère présente une analyse de l'activité technique médicale réalisée en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées et centres de santé) et prise en charge par l'Assurance Maladie en 2016, ainsi que de la croissance des actes et des honoraires remboursables sur la période récente. En 2016, les actes techniques (y compris les forfaits techniques d'imagerie) représentaient une dépense de 9,3 milliards d'euros en progression de 4 % par rapport à l'année précédente.

Uzan, S. (2018). Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Paris Ministère chargé de la santé: 69. <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

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

2017

Compagnon, C. (2017). "L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 143-153. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-143.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric

Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

Da Silva, N. (2017). "Quantifier la qualité des soins : une critique de la rationalisation de la médecine libérale française." *Revue Française De Socio-Economie*(19) : 111-130.

Avec la logique de quantification de la qualité du travail médical, les patients sont invités à faire confiance aux normes chiffrées déterminées par les agences de santé indépendantes – plutôt que de se fier à la relation personnelle avec leur médecin. Si cette nouvelle régulation ressemble à une rationalisation des pratiques, nous proposons de montrer en quoi il est utile de revenir sur la méthode de production de ces normes du travail médical et de questionner l'usage politique des essais cliniques randomisés. Après avoir rappelé les justifications théoriques et empiriques de la « rationalisation », nous défendons l'idée que la politique de quantification de la qualité des soins repose sur une épistémologie de la maladie arbitraire et une épistémologie des statistiques réductrice. Or cela n'est pas sans conséquences négatives, tant pour les professionnels que pour les patients.

Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la pertinence des soins. Paris Sénat : 62.

<http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, près d'un cinquième de la dépense de santé. Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils suscitent néanmoins, chez l'ensemble des acteurs du système de santé, une prise de conscience accrue. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente en effet un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité de notre système de santé. Renvoyant au « juste soin », approprié, adapté aux besoins des patients, conforme aux meilleurs standards cliniques, la pertinence médicale conduit à conjuguer l'exigence de qualité et de sécurité des soins et l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé, souvent pensées de manière antagoniste. Si des actions ont été engagées par l'État et l'assurance maladie, leurs résultats plafonnent. De l'avis général, l'organisation cloisonnée de notre système de santé et ses modes de financement peu incitatifs sont un frein à des avancées plus substantielles. Une vision stratégique et des évolutions structurelles, au-delà de la logique de robot, sont aujourd'hui indispensables.

2016

Le, Noc, Y. (2016). "A propos de l'épuisement professionnel : Pourquoi les médecins vont-ils travailler quand ils sont malades ?" *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **12**(1) : 29-29.

Dans le numéro de Médecine du mois de novembre – Médecine 2015 ; 11 (9) – un dossier complet était consacré à la souffrance du médecin. Il analysait les données sur le mal-être des soignants et présentait des outils, des colloques et une liste de nombreux sites dédiés pour aider les soignants à prendre en charge leur santé sans attendre des issues parfois dramatiques. La formation est

également essentielle, les expériences de maltraitance au cours des études loin d'être exceptionnelles, porteuses de risque de situations d'échecs à moyen mais aussi à long terme. Le médecin est-il un patient comme les autres ? Pourquoi se sent-il contraint d'aller travailler quand il est malade ? Quelle est l'importance de l'image des PAIRS au cours de la formation ? Cet article sélectionne deux documents susceptibles d'apporter une contribution supplémentaire à la réflexion sur ce problème resté trop longtemps tabou.

2015

Kandel, O., et al. (2015). Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la médecine, Paris : GMSanté ; Paris : SFMG

http://www.sfm.org/actualites/publications/manuel_theorique_de_medecine_generale.html

La médecine générale est une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil national des universités en 2006. Toute discipline universitaire se caractérise par une définition claire, le développement d'une recherche propre et l'enseignement d'un savoir s'énonçant par des concepts spécifiques. Il n'existe actuellement pas de corpus regroupant les éléments théoriques justifiant la singularité de la médecine générale. On les retrouve pourtant, mais dispersés au sein de la littérature. Cet ouvrage regroupe les éléments conceptuels propres à la médecine générale et les éléments théoriques issus d'autres disciplines, mais indispensables à sa compréhension. Chacun des 41 concepts retenus est présenté sous forme d'une fiche constituée d'un titre, d'une description, d'une discussion, d'une illustration clinique, et de quelques références bibliographiques. Ces 41 concepts sont classés en quatre thèmes : caractéristiques de la médecine générale, relation médecin-malade, démarche diagnostique et démarche décisionnelle.

2014

Bourgueil, Y. et Perlberg, J. (2014). "Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'Assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats." Questions D'Economie de la Santé (Irdes) (196) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf>

Les travaux présentés ici avaient pour but de tester la faisabilité et de valider l'intérêt du rapprochement de données médicales avec des données de remboursement de l'Assurance maladie. Ce chaînage de données individuelles s'inscrit dans la constitution, à terme, d'un système d'information visant à développer la recherche sur les services de santé. Un tel système d'information permettrait, à partir d'un échantillon représentatif des médecins généralistes et des patients, de mesurer la morbidité traitée en soins primaires et d'analyser les pratiques des médecins généralistes ainsi que les parcours de soins des patients afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins.

Toulouse, C. et Nollet, C. (2014). Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. Nantes Faculté de médecine. **Diplôme d'Etat de Doctorat en médecine** : 144, tab., graph., fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/autres/pdl_2014_Prix_ORS_2015_ERNST_NO_LLET.pdf

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont une réalité en France et une priorité de santé publique pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Le médecin généraliste (MG), par sa place privilégiée dans le système de soins, appréhende directement le contexte social des individus. Il est donc en mesure d'éviter d'accroître ces ISS, et peut contribuer à les diminuer. Cela implique qu'il adopte une attitude proactive pour recueillir des informations sur la situation sociale des patients, afin d'adapter sa prise en charge à leurs besoins, d'évaluer sa pratique, et de fournir des données de santé publique.

L'objectif de cette thèse était d'explorer, dans une perspective compréhensive, le recueil actuel de données sociales par les MG, et leur perception des nouvelles recommandations émises dans ce domaine. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 25 MG des Pays de la Loire, suivie d'une analyse thématique par codage en double aveugle, a été conduite et permis ainsi un recueil des données sociales des patients et de leur prise en charge.

2013

(2013). Le poids économique de la médecine libérale Région Basse-Normandie. Caen Etheis Conseil: 100, tabl. <http://www.urml-bn.org/wp-content/uploads/2013/12/urml-le-poids-economique-de-la-medecine-liberale-en-BN.pdf>

Cette étude publiée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse Normandie (URML-BN) est structurée en deux parties. Elle propose, dans une première partie, un panorama de la médecine libérale, avec le profil des médecins, le niveau et la structure de leur activité et dans une seconde partie les retombées économiques directes et indirectes de la médecine libérale en Basse-Normandie.

2012

(2012). Étude sur les tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste pour les patients lors de la consultation mais sans rapport direct avec celle-ci. Paris URPS : 17, tabl., graph., fig. <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/7675.pdf>

L'URPS (Union régionale des professions de santé) a réalisée une enquête par questionnaire entre juin et décembre 2010 auprès de 169 médecins généralistes, totalisant 338 journées de travail pour 6.253 consultations. La population étudiée, en majorité masculine (57,6 %) et âgée en moyenne de 53 ans, exerçait en secteur 1 à 84 %, principalement en cabinet de groupe (62,5 %) et en milieu urbain (82,9 %). Près de 83 % se déclarent informatisés. Le nombre moyen d'actes pratiqués chaque semaine (du lundi au samedi) s'élève à 112, sur un total de 153 médecins ayant renseigné cette question. Environ 24,8 % d'entre eux en effectuent moins de 86, 24,8 % entre 86 et 109, 28,8 % affirment en réaliser entre 110 et 130, et 21,6 %, soit près d'un sur cinq, indiquent pratiquer plus de 130 actes. La durée moyenne de la consultation s'élève à 17 minutes et 72% dépassent le quart d'heure : elle dure principalement entre 10 et 14 min (23,7 %), entre 15 et 19 min (35,6 %) et entre 20 et 24 min (22,1 %). Rares sont celles qui ne dépassent pas les 10 minutes (4,4 %) ou qui à l'inverse dépassent les 25 min et durent entre 25 et 29 min (5,3 %), entre 30 et 34 min (6,2 %) voir plus de 35 min (2,8 %). Sur 6.115 consultations analysées, il ressort que la majorité des patients sont venus consulter pour un seul motif médical (53,2 %). Mais près d'un tiers des consultations (31,4 %) incluaient deux motifs, 11,4 % trois motifs et 4 % concernaient quatre motifs et plus. Selon l'URPS, hors interrogatoire du patient, examen clinique, éducation thérapeutique et prescription, les médecins effectueraient environ 1,41 tâche supplémentaire par consultation. L'URPS a calculé que sur une semaine, chaque médecin effectue 165 tâches supplémentaires, concernant la prévention ou un conseil en santé (46), des tâches administratives (31), la recherche médicale autour de la consultation (30), des correspondances à un confrère (26), la rédaction de certificats hors motif de consultation (20) et d'ordonnances marquées en actes gratuits (12).

FHF (2012). "Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés." 10.

<https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>

Ce fascicule présente les résultats du sondage mené auprès de plus de 800 médecins hospitaliers et libéraux sur leur opinion quant aux pratiques d'actes injustifiés. Le constat avancé est que les relations avec les patients interagissent de façon significative avec la prescription des actes médicaux. 79 % des médecins estiment ainsi que les demandes des patients ont augmenté surtout en matière d'information. De plus, pour 53 % des médecins, les risques de mise en cause judiciaire ont modifié leur exercice en les incitant à la réalisation d'examens supplémentaires. C'est pourquoi il est important de rendre les patients plus acteurs du système de santé que consommateurs de soins, en les éduquant

et les informant sur leurs droits mais aussi leurs devoirs. Pour l'ensemble des médecins interrogés, 72 actes sur 100 sont pleinement justifiés, la marge de manœuvre est donc conséquente. Il n'y a que quelques variantes selon les profils de médecins, puisque ce chiffre va de 68 pour les médecins généralistes libéraux à 76 pour les médecins spécialistes libéraux, en passant par 74 pour les médecins hospitaliers. Le constat est le même quand les médecins envisagent leur propre discipline. Pour l'ensemble des médecins, c'est environ 20% des actes et examens réalisés qui ne sont pas justifiés.

Bournot, M. C., et al. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire ; 2. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, tabl., fig. https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2012_PDF/2012_panel2_mg_emploitemps_2.pdf

Les médecins généralistes ligériens ont une durée de travail élevée, en moyenne 57 heures par semaine. L'enquête menée début 2011 auprès d'un échantillon de 450 médecins généralistes des Pays de la Loire permet de décrire la diversité des emplois du temps, avec des durées de travail qui varient notamment en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice (rural ou urbain), mais aussi de la région d'installation, l'enquête étant effectuée en parallèle dans plusieurs régions ?

2011

Cnamts (2011). "Evolution des actes techniques en secteur libéral en 2010." Points de Repere(36) : 8, tabl.

Ce document présente une analyse de l'activité technique médicale réalisée en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées et centres de santé) et prise en charge au titre du Régime général hors sections locales mutualistes en 2010, ainsi que de la croissance des actes et des honoraires remboursables (en date de remboursement) entre 2009 et 2010.

Chami, J. c. et Fablet, D. c. (2011). Professionnels de santé et analyse des pratiques, Paris : L'Harmattan

Voici le onzième ouvrage collectif sur l'analyse des pratiques professionnelles, consacré celui-là aux professionnels de santé. Il vise à explorer diverses professions concernées : médecins, infirmiers, psychologues. Quel rôle joue aujourd'hui l'analyse des pratiques dans la formation initiale et continue de ces professions ? L'investigation s'est portée sur ces catégories professionnelles qui subissent des évolutions croissantes, mais aussi sur la diversité des champs d'exercice : pratiques libérales, hospitalières, mixtes (4e de couverture).

Kelly-Irving, M., et al. (2011). "Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?" Social Science & Medicine **73**(9) : 1416 - 1421.

This study sought to ascertain whether disagreement between patients and physicians on the patients' health status varies according to patients' education level. INTERMEDE is a cross-sectional multicentre study. Data were collected from both patients and doctors via pre- and post consultation questionnaires at the GP's office over a two-week period in October 2007 in 3 regions of France. The sample consists of 585 eligible patients (61% women) and 27 GPs. A significant association between agreement/disagreement between GP and patient on the patient's health status and patient's education level was observed: 75% of patients with a high education level agreed with their GP compared to 50% of patients with a low level of education. Patients and GPs disagreed where patients with the lowest education level said that their health was worse relative to their doctor's evaluation 37% of the time, versus 16% and 14% for those with a medium or high education level respectively. A multilevel multivariate analysis revealed that patients with a low educational level and medium educational level respectively were at higher risk of being overestimated by GP's in respect of self-reported health even if controlling for confounders. These findings suggest that people with a lower education level who consider themselves to have poor health are less reliably identified as such in the primary care system. This could potentially result in lack of advice and treatment for these patients and ultimately the maintenance of health inequalities.

Paraponaris, A., et al. (2011). "La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux : résultat d'enquête." Revue Française Des Affaires Sociales(2-3) : 29-47.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IAqsR0xI. Diffusion soumise à autorisation]. Les systèmes de santé évoluent. Ainsi, au sein des professions médicales, les médecins libéraux de ville se sentent certainement parmi les plus directement sollicités par le changement. Ils sont donc plus exposés aux mutations de l'environnement externe : mutations politiques, économiques et sociales. Les dispositifs d'observation répétée à grande échelle de la population de médecins généralistes sont relativement rares en France. À l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), des unions régionales des médecins libéraux (URML), des observatoires régionaux de la santé (ORS) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de cinq régions françaises (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur), la création d'un dispositif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale a pris, en 2007, la forme d'un panel. Trois objectifs ont été visés : l'observation des pratiques de prise en charge en médecine générale et leurs déterminants, l'observation du cadre d'activité, de l'environnement professionnel et du rythme de travail des médecins, et la réponse aux attentes spécifiques d'acteurs régionaux.

2010

(2010). Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, Issy Les Moulineaux : S.F.M.G

Ce document constitue la quatrième mise à jour du dictionnaire des résultats de consultation (DRC) réalisé par le Comité de Mise à Jour de la Société Française de Médecine Générale. Cette mise à jour comporte la révision de 54 définitions avec l'apport risque critique évitable (RCE) et la création d'un premier thesaurus de dénominations hors liste (DHL).

Bournot, M. C., et al. (2010). "Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Vague d'enquête 4." 92, tabl., fig.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2010_PDF/2010_p1v4_mg_vie_prof_vecu_travail_etat_sante.pdf

Cette étude, réalisée par l'ORS et l'URML des Pays de la Loire, s'appuie principalement sur les données issues de la quatrième vague d'enquête du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, menée en 2008. Elle décrit les contraintes et les exigences du métier de médecin généraliste, la manière dont elles sont vécues par les praticiens, et les met en regard des facteurs de protection que constituent par exemple le soutien apporté par les confrères ou la famille. Elle s'attache également à rechercher les liens qui peuvent exister entre ces différents facteurs et l'état de santé physique et psychique des praticiens. Enfin, cette étude porte également sur certains déterminants de l'état de santé des médecins généralistes en activité et les analyse en comparaison avec la situation de la population générale (tabagisme, consommation excessive d'alcool, surpoids ?). Un rapport détaillé, présentant l'ensemble des résultats de cette étude, est disponible sur les sites internet de l'URML et de l'ORS des Pays de la Loire.

Carricaburu, D., et al. (2010). Risque et pratiques médicales, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xosols. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte marqué par la médicalisation de la société et la gestion de la sécurité sanitaire, nous vivons plus que jamais dans une "culture" du risque. Pour les profanes ou les professionnels, le risque habite nos représentations et nos pratiques. Au départ incertitude médicale à la définition probabiliste, la notion de risque a évolué avec l'histoire de la médecine et la sociologie. Aujourd'hui, le risque s'appréhende comme catégorie probabiliste destinée à rationaliser l'incertitude, mais aussi comme une expression des grandes peurs contemporaines, ou comme "forme" donnée à un problème public. Cet ouvrage collectif présente des analyses liées à la gestion du risque dans différents domaines sanitaires : risque anesthésique, risque obstétrical, risque diagnostic, risque d'erreur médicale, intériorisation du risque,

responsabilité médicale, risque sida... Les trois parties qui constituent l'ouvrage portent un angle de vue différent sur les analyses. La première partie traite des risques auxquels les professionnels de santé font face. La seconde concerne les profanes face au risque de santé. La troisième partie explore le processus complexe à l'oeuvre dans la définition du risque par certains acteurs sociaux (profanes et professionnels) et institutions de régulation du risque (santé publique, appareil judiciaire...). Ceci permet d'appréhender les différentes dimensions des risques médicaux : politique, économique et judiciaire au coeur d'un débat ouvert dans les sciences sociales.

Gimbert, V. et Lemoine, S. (2010). "Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficience ?" Note D'Analyse (La) (204) : 11.

Dans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, la régulation des dépenses en médecine de ville est au coeur des enjeux. Elle implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficience globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville.

2009

(2009). Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2. Nantes ORS Pays de la Loire : 20, tabl., fig.

Ce document présente les résultats d'une enquête menée en 2009 auprès de 450 praticiens de la région faisant partie du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Il décrit leurs connaissances et perceptions en matière d'hospitalisation à domicile. Il analyse leur intérêt pour l'éducation thérapeutique et sa mise en oeuvre en médecine ambulatoire. Il apporte enfin des informations sur les pratiques concernant l'accès au dossier médical et l'utilisation des directives anticipées.

(2009). Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération - Pays de la Loire, 2008. Nantes ORS Pays de la Loire : 20, tabl., fig.

Cette brochure, réalisée par l'ORS des Pays de la Loire en collaboration avec l'URML, présente les résultats de la troisième vague d'enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Elle dresse un état des lieux sur l'adhésion des médecins généralistes aux démarches de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ainsi que sur leur utilisation des recommandations de bonne pratique. Elle s'intéresse également à l'opinion portée sur leur mode de rémunération actuel et ses évolutions éventuelles (développement de forfaits, introduction d'une part de salariat).

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

[BDSP. Notice produite par OBRESA EnCoBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Existe-t-il, comme on le pense "logiquement", une relation entre le volume d'activité du médecin libéral et la présence plus ou moins nombreuse de ses confrères dans le même secteur géographique ? Pour répondre à la question, on demande à chaque enquêté de porter un jugement d'une part sur le nombre de confrères dans son secteur, de l'autre sur le côté satisfaisant ou non de sa propre charge de travail. Au

début de 2008, sur 100 praticiens libéraux, 52 estiment avoir une charge de travail "normale" et 44 pensent être en situation de surcharge. Seuls 2 % des enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas assez de travail et 2 % encore ne répondent pas à la question. La proportion de ceux qui n'ont pas assez de travail s'élève à 10 % parmi les jeunes en début d'installation, ce qui est somme toute dans la nature des choses. Même à ce niveau, elle est sans doute plus faible que le même chiffre des années 60 ou 70. En tenant compte des divers transitions et ajustements au cours d'une carrière professionnelle, on peut dire qu'au début de 2008, le corps médical est en situation de plein emploi. L'enquête montre par ailleurs que sur 100 médecins libéraux, 62 estiment que le nombre de confrères dans le secteur géographique est adéquat, 9 sont d'avis qu'il est trop élevé et 26 seulement pensent que leur secteur manque de médecins, 3 % des enquêtés ne donnant pas leur avis. A certains égards, ces chiffres sont intéressants, parce qu'ils sont collectés précisément au moment où tous les acteurs s'accordent sur une pénurie générale de médecins. Les avis varient évidemment selon la catégorie d'enquêtés, mais ces variations ne concordent pas toujours avec le "bon sens" communément admis. Ainsi, les spécialistes se plaignent plus que les généralistes à propos de la surcharge de travail, mais contre toute attente, ils sont nettement moins nombreux à dénoncer la démographie médicale insuffisante de leur secteur géographique. Des divergences de ce type sont aussi observées entre les hommes et leurs consœurs. (Résumé d'auteur).

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

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

Dang, Ha Doan, B., et al. (2009). "Les médecins libéraux et les autres praticiens." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1) : 6-17.

[BDSP. Notice produite par OBRESA 71CG8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Aujourd'hui, sur 100 médecins en activité en France, ceux qui exercent peu ou prou en clientèle privée (c'est-à-dire en pratique libérale) sont environ 60, contre 72 il y a trente ans. La place des médecins libéraux s'est donc réduite, mais le mode d'exercice reste majoritaire au sein de la profession médicale. Sur 100 praticiens libéraux, 46 sont en exercice exclusif (n'ayant pas d'autres cadres de pratique), 50 combinent la clientèle privée avec d'autres activités d'appoint, tandis que 4 ont un exercice principal ailleurs, la clientèle privé étant une activité d'appoint pour eux. A la fin de 2007, sur 100 médecins en activité en France, 44 sont des femmes mais dans la pratique libérale, les femmes ne sont que 36 %. Les

contraintes propres à l'exercice en clientèle privée expliquent la moindre féminisation. Cette dernière entraîne à son tour une moindre proportion de jeunes praticiens dans l'exercice libéral, les femmes étant précisément plus nombreuses dans les promotions médicales récentes. Le médecin libéral travaille aujourd'hui 50,6 heures chaque semaine, soit 2,7 heures de plus que la moyenne de l'ensemble de la profession médicale. Le temps hebdomadaire des lectures médicales, de 2,7 heures en exercice libéral, s'élève à 2,9 heures pour tout le corps médical. Depuis trois décennies, le temps de travail, tout comme celui consacré aux lectures médicales, s'est fortement réduit. Dans l'exercice libéral, la semaine de travail de 1977 était de 56 heures, soit 5,4 heures de plus qu'aujourd'hui ; quant au temps des lectures médicales, il s'élevait à 3,9 heures, soit 1,2 heure de plus que trente ans plus tard. En ce domaine, le contraste le plus saisissant est sans doute celui qui existe entre les jeunes médecins (de moins de 40 ans) et leurs aînés, ayant dépassé la mi-cinquantaine. Dans le seul exercice libéral, les jeunes travaillent chaque semaine en moyenne 45,7 heures contre 50,9 heures chez les aînés, soit 5,2 heures en moins. Dans le même temps, les jeunes consacrent 2,1 heures aux lectures médicales, leurs aînés 3,2 heures, soit 1,1 heure en moins. Au total, le jeune praticien consacre chaque semaine moins de 48 heures à sa vie professionnelle contre plus de 54 heures chez son aîné. (Résumé d'auteur).

Duhot, D., et al. (2009). "L'Observatoire de la Médecine Générale. Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France." *Primary Care* **9**(2) : 41-45, tabl.

Développé pas à pas depuis 15 ans, le réseau de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) rassemble près de 600 médecins généralistes dont le quart dispose, à ce jour, des outils informatiques permettant d'alimenter la base de données de l'Observatoire. Les informations concernant les prises en charge de près de 700 000 patients sur la période 1993-2008 sont à la disposition de la recherche médicale et médicoéconomique, en France et à l'international, mais aussi de la formation médicale initiale et continue. Cet outil est au service de tous, en particulier par l'intermédiaire de son site Internet, accessible gratuitement (<http://omg.sfm.org>).

Dusmenil, H., et al. (2009). "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants." *Sante Publique* **21**(4) : 355-364.

[BDSP. Notice produite par EHESP 99CER0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Une étude téléphonique a été réalisée en 2007 afin d'évaluer la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville de Provence-Alpes-Côte d'Azur et ses déterminants. L'échantillon a été tiré au sort et stratifié (sexe, âge, taille de la commune d'exercice). L'épuisement professionnel a été évalué par la version française du Maslach Burnout Inventory. Cinq cent onze médecins ont participé (96,4%). Un syndrome complet d'épuisement professionnel était présent chez 1 % (IC 95% [0,3-2,3]) des participants. Une durée hebdomadaire de travail et une charge mentale au travail élevées, la prise en charge de patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits travail-famille, voire ses compétences mises en causes par les patients, des contentieux judiciaires ou être en couple, étaient associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'épuisement professionnel.

Guerville, M.-A., et al. (2009). "Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique." *Etudes et Resultats (Drees)* (708) : 8, tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er708.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE oR0xACnq. Diffusion soumise à autorisation]. La troisième vague d'enquête sur les pratiques et conditions d'exercice en médecine générale a été menée en 2008, auprès d'un panel de praticiens, dans cinq régions française. Cette enquête s'intéresse à leur participation à la formation médicale continue (FMC), à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à l'utilisation des recommandations de bonne pratique (RBP). Ces éléments d'information ont été collectés avant la réforme prévue par la loi du 21 juillet 2009, notamment son article relatif au développement professionnel continu. En 2008, plus de trois médecins sur quatre déclarent participer à des sessions collectives de formation médicale continue. Leur implication dans l'évaluation des pratiques professionnelles est plus faible. Les six pathologies sélectionnées dans l'enquête pour tester l'utilisation des recommandations de bonne pratique concernaient l'asthme, l'hypertension artérielle,

les anomalies lipidiques ou dyslipidémies (cholestérol, triglycéride), la migraine, la dépression et l'obésité du sujet jeune. Près de neuf médecins sur dix déclarent utiliser au moins l'une de ces recommandations. Mais seul un médecin du panel sur dix connaissait et utilisait les six.

Le, Fur., P., et al. (2009). "Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (144) : 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

Le temps de travail du médecin est au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoire. Il constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et dévaluation. Les données disponibles rassemblées ici, multiples mais souvent parcellaires ou anciennes, permettent malgré tout d'estimer des ordres de grandeur tant en termes de temps de travail global des généralistes que de décomposition de ce temps par grande catégorie d'activité. Ainsi, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. Les sources de données actuelles font néanmoins apparaître un manque d'informations représentatives et non commerciales sur l'emploi du temps des généralistes, sur les modalités de leur organisation et sur le contenu précis de leur pratique en fonction, en particulier, des caractéristiques médicales des patients.

Robino, S., et al. (2009). "Perspectives d'activité pour les médecins généralistes de plus de 55 ans dans l'ouest de la France." Sante Publique **21**(6) : 571-581.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x97nnC. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : les projets des médecins généralistes en exercice vont influencer la démographie médicale dans les années à venir. Cette étude a pour but d'appréhender les événements qui pourraient aggraver la démographie médicale en soins primaires à court terme. Méthode : 455 médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans de trois départements de l'ouest de la France ont été sélectionnés afin de participer à cette enquête prospective. 258 questionnaires valides (56 %) ont été reçus. Une analyse globale, puis par sous-groupes géographiques, a été effectuée à l'aide du logiciel S PSS version 1.5. Résultats : sur l'ensemble des médecins ayant répondu, si 27 % voulaient poursuivre leur activité dans les mêmes conditions et 10 % étaient indécis, 63 % voulaient cesser ou adapter leur activité libérale avant 65 ans. Les principaux motifs de ces projets étaient les contraintes horaires, la charge de travail liée aux tâches administratives et la permanence des soins, mais aussi à l'exigence des patients, l'épuisement professionnel et la difficulté à concilier vie familiale et vie professionnelle. Discussion : les médecins souhaitant cesser leur activité (30 %) sont les moins satisfaits de leur vie professionnelle et semblent avoir anticipé leur projet, car ils travaillent moins en termes d'heures et de gardes. Ceux qui souhaitent adapter leur activité (33%) sont, eux, majoritairement satisfaits même s'ils travaillent plus ; 70 % veulent cependant diminuer leur temps de travail. Conclusion : l'impact de ces projets risque d'être lourd, d'autant plus que deux des départements concernés présentent une faible densité médicale et une forte activité des médecins en exercice. Les mesures gouvernementales actuellement proposées ne semblent pas répondre à l'évolution de l'exercice libéral attendu par les médecins généralistes de plus de 55 ans.

Saliba-Serre, B., et al. (2009). L'exercice de la médecine de ville : entre changement et continuité. Traité d'économie et de gestion de la santé., Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 407-414.

Tonnellier, F. (2009). "Le médecin de campagne ou l'ambiguïté des symboles." Seve : Les Tribunes De La Sante(23) : 57-63.

Le médecin de campagne est le personnage fondateur d'un genre littéraire créé au début du XIXe siècle : le roman médical. Le héros, médecin exemplaire, illustre les valeurs fondatrices de la société en exerçant dans une campagne paisible, loin des bruits et de l'agitation des villes. Mais ces symboles sont ambigus : à côté de romans célébrant la victoire de la science et du progrès, d'autres romanciers donnent une vision plus réaliste, loin de la société du spectacle. A côté d'un paysage idéalisé apparaît

un paysage bouleversé par la maladie, la souffrance, le désarroi des soignés comme des soignants.

Videau, Y., et al. (2009). De la motivation des médecins généralistes. Emploi et politiques sociales : tome 2. Trajectoires d'emploi et rémunérations, Paris : L'Harmattan : 347-359., fig., tabl.

En exploitant un panel de 1901 médecins généralistes, ce chapitre cherche tout d'abord à analyser le comportement de ces médecins face à une hausse du tarif de la consultation et ensuite, sur cette base, à déterminer la part de ceux principalement mus par des motivations intrinsèques et la part de ceux mus par des motivations extrinsèques.

2008

(2008). Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Nantes ORS Pays de la Loire : 16, tabl.

Cette brochure présente les résultats de la première vague d'enquêtes réalisée en mars-avril 2007 auprès d'un panel de 450 généralistes libéraux des Pays de la Loire. Elle a pour principal objectif de décrire les conditions d'exercice des praticiens (installation, temps de travail et congés, activités hors du cabinet, informatisation...). Des comparaisons sont réalisées entre la situation régionale et celles observées dans les quatre autres régions où un même panel d'observation a été mis en place.

(2008). "Démographie, activité et pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2007." Point D'Information (Cnamts) : 11.

http://psa.auvergne.free.fr/news144/telechargement/masseurskine_kitdecom.pdf

Ce document propose un état des lieux de la profession des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2007. Les effectifs sont en constante progression, l'évolution des honoraires est dynamique (+ 5,5 % par an depuis 1995). La densité de la profession sur le territoire est très inégale avec des écarts de 1 à 5 entre les départements et une concentration importante dans le sud de la France. Cette répartition géographique influe de manière significative sur l'activité et la rémunération des praticiens. De plus, il existe d'importantes disparités pour la rééducation d'une même pathologie ou pour un même traitement, le nombre de séances par patients varie considérablement. La densité médicale joue à nouveau un rôle important : les nombres de séances les plus élevés sont en effet enregistrés dans les départements de forte densité. Afin d'harmoniser les pratiques et les soins reçus par les assurés sur le territoire.

Bournot, M.-C., et al. (2008). "Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié." Etudes et Resultats (Drees) (649) : 8, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xr7I98. Diffusion soumise à autorisation]. Dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire) collaborent avec un vaste réseau de professionnels mais échangent le plus souvent avec les spécialistes et les pharmaciens. Ils jouent un rôle pivot dans le parcours de soins, ils conseillent très souvent des noms de confrères, principalement en fonction de critères relationnels : habitude de travail, certitude du retour d'information. Parallèlement à ces "réseaux professionnels informels", un certain nombre de généralistes déclarent adhérer à des formes de coopération plus institutionnelles, les "réseaux de santé".

Galam, E. (2008). "Burn out des médecins libéraux. Quatrième partie : un problème individuel, professionnel et collectif." Medecine : Revue De L'uniformec 4(2) : 83-85.

Ce quatrième volet propose, à partir de l'expérience réalisée en Ile-de-France depuis 2005, quelques éléments de réponse à ce difficile problème. Si la profession commence timidement à s'en saisir, elle ne le fait qu'avec appréhension voire réticence. La tentation de minimalisation, voire d'occultation, est toujours présente. Cette attitude - proche du déni - peut aussi s'exprimer par une « personnalisation » du problème qui ne toucherait que des individus particuliers, ce qui est recevable mais n'épuise en

aucun cas la question d'une véritable « pathologie du système de soins ».

Galam, E. (2008). "Burn out des médecins libéraux. Troisième partie : des conséquences pour le médecin mais aussi pour ses patients." Medecine : Revue De L'uniformec **4**(1) : 43-46.

Après les deux précédents articles montrant que le burn-out des médecins traduit une pathologie de la relation d'aide et une remise en question de l'identité professionnelle du médecin, ce troisième volet en montre les conséquences pour les médecins comme pour les patients.

Hermange, R. T., et al. (2008). "Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **192**(4) : 805-816.

Quel sera l'avenir des médecins généralistes (MG), maillon indispensable de notre système de soins ? L'Académie nationale de médecine s'est penchée sur cette question et a réalisé une enquête auprès de médecins généralistes, de jeunes internes, ainsi que du "grand public" avec l'aide de l'institut BVA portant sur la perception du médecin généraliste et de son rôle en France. Cette étude a été menée en deux temps : une phase quantitative auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 Français d'une part et d'un échantillon représentatif de 500 médecins généralistes d'autre part ; une phase qualitative constituée de 4 réunions de groupe de 2h (2 groupes de médecins, un groupe d'internes se préparant à l'installation, un groupe de jeunes étudiants ayant été tentés de faire médecine mais y ayant renoncé). La phase quantitative a permis de disposer de statistiques fiables sur les perceptions et les situations vécues alors que les réunions de groupe ont permis de mieux comprendre les freins et les leviers repérés lors de la phase quantitative. Ces résultats nous renseignent en premier lieu sur la perception de notre système de soins par le grand public et par les MG. Ils montrent une adhésion au système actuel de soins et surtout une grande préoccupation pour la santé et la sécurité sociale qui est le 2e domaine prioritaire pour les Français, juste après l'emploi. 69% des français et 82% des MG ont le sentiment que le système de soin va se détériorer dans les années à venir. Les Français s'y sentent donc d'autant plus attachés et le jugent utile à 83% (82% pour les MG).

Pouchelon, A. (2008). Déterminants et impact de la durée de la consultation en médecine générale : une revue de la littérature. Lyon Université Lyon 1, Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de médecine Lyon Grange Blanche. Lyon. FRA. **Thèse ; Docteur en médecine** : 73.

L'évolution démographique des médecins généralistes risque d'accroître leur charge de travail et de les conduire à raccourcir la durée de leurs consultations, alors même qu'il existe des besoins insuffisamment couverts dans le champ de la prévention. Nous avons conduit une revue systématique de la littérature internationale afin d'évaluer l'impact prévisible d'une évolution de la durée de la consultation, et les facteurs susceptibles de l'influencer (résumé d'auteur).

Vega, A., et al. (2008). "Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) (6) : 15.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE F91FBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail sociologique et anthropologique sur les comportements de cessation de l'activité libérale des médecins généralistes met en évidence des registres de motivations différents, générateurs de stratégies offensives et défensives à différents âges de la vie professionnelle, et jouant selon des mécanismes de prise de décision personnels. L'analyse des facteurs déterminants permet également d'identifier des groupes de praticiens aux profils individuels variés, au regard des notions clés d'épanouissement au travail ou au contraire d'épuisement professionnel.

2007

(2007). La pharmacie d'officine en France : bilan et perspectives - livre blanc. Paris CNOP : 104, tabl., ann. <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4906/57542/version/2/file/Livre-blanc-La-pharmacie-officine-en-France-Bilan-et-perspectives.pdf>

A l'occasion de la présentation de son livre blanc, rendu public hier, l'Ordre national des pharmaciens entend réagir face aux attaques régulières de la grande distribution, reprises dernièrement dans les rapports Attali (21 janvier 2008) ou Beigbeider (13 décembre 2007) sur la question du monopole officinal. Si le livre blanc reconnaît que la grande distribution pourrait contribuer à une baisse des prix des médicaments évaluée entre 5 et 15%, réduire le pharmacien à simple agent de distribution n'aurait guère de sens. "Les pharmaciens sont aujourd'hui sous-utilisés" estime Jean Parrot, président du conseil de l'Ordre qui plaide pour élargir davantage le champ d'action des officinaux au delà de la simple délivrance du médicament de prescription, qui représente aujourd'hui 80% de leur rémunération. Soulignant que les 23 000 officines françaises assument déjà des tâches de conseil aux patients, de suivi des traitements ou de dépistage, les pharmaciens réclament dans ce livre blanc une reconnaissance légale et une rémunération pour leurs actes qui ne donnent pas lieu à la délivrance de médicaments (Voir l'analyse dans Industrie Pharmaceutique Hebdo, n° 608, 28 février 2008).

Aulagnier, M., et al. (2007). "L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises." *Etudes et Résultats (Drees)* (610) : 8, graph., tabl.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er610.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xVfJZ4. Diffusion soumise à autorisation]. Les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises, selon les régions du panel. Les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes dans les régions les plus rurales. Pour ceux qui exercent en groupe, pratique rencontrée plutôt chez les jeunes médecins, cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures. Au total, un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ. Globalement, trois médecins sur quatre déclarent être satisfaits de leur activité professionnelle. Cette satisfaction décroît notamment avec l'âge et la durée de travail, elle augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2.

Beaute, J., et al. (2007). Baromètre des pratiques en médecine libérale : Résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons". *Document de travail Irdes* ; 5. Paris Irdes : 28, 13 tabl.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>

Face aux nouveaux enjeux épidémiologiques (maladies chroniques), à l'exigence croissante en termes de qualité et d'efficacité des soins ou encore les tensions de la démographie médicale, de nombreux auteurs plébiscitent un renforcement de la médecine de première ligne et des soins primaires. Le regroupement de médecins en cabinet de groupe s'inscrit dans cette logique. Il permettrait en effet, par la mutualisation des moyens, d'améliorer la production de soins et services. Toutefois, on ne dispose que de peu de données concernant la pratique de groupe en France. Davantage d'informations sont nécessaires pour envisager l'éventuelle mise en place de politiques incitatives. L'objectif de cette étude est donc de décrire la pratique de groupe, de la comparer avec la pratique individuelle et d'identifier les éventuels leviers utilisables par les décideurs publics à travers l'identification des motivations des médecins évoluant en groupe ou non.

Bourgueil, Y., et al. (2007). Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé : Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum*, St Denis : HAS : 156-196.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf

Dans une première partie, ce document explore l'état des connaissances sur le temps de travail des médecins généralistes et le contenu de leur activité. Dans un deuxième temps, les auteurs décrivent l'activité médicale telle qu'elle est aujourd'hui appréhendée et s'interrogent sur les domaines qui pourraient faire, au sein de celle-ci, l'objet d'une distribution différente entre professionnels.

Franc, C., et al. (2007). "La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites." *Etudes et Résultats (Drees)* (588) : 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er588.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE XLROxx9I. Diffusion soumise à autorisation]. Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires autant par les pédiatres que par les médecins généralistes et constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites de ces derniers. 88 % des jeunes patients consultant un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. Les consultations ont le plus souvent lieu au cabinet du médecin et sont en moyenne plus courtes que celles des adultes. Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Un tiers des visites ne donnent lieu à aucune prescription et près de la moitié des prescriptions relèvent de seulement trois sous-classes médicamenteuses. La prévention et le dépistage font l'objet d'une visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La prise en charge des maladies chroniques par les médecins généralistes ne représente chez l'enfant que 10% des séances contre 27% chez les adultes pour le suivi des affections de longue durée (ALD).

Galam, E. (2007). "Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question." *Medecine : Revue De L'unaformec* **3**(10) : 475-477.

Le premier article montrait combien le « burn out » des médecins traduit une pathologie de la relation d'aide : le soignant libéral se retrouve seul face à sa souffrance, seul face à une multiplicité de malades dont il ne peut se décharger sur personne. C'est ainsi la question de l'identité professionnelle du médecin qui est posée, cette « manière spécifique dont chaque praticien exerce son métier et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre de la collectivité médicale dans une société donnée ». L'identité professionnelle s'exprime aussi par la façon dont chaque praticien assume et surmonte les difficultés liées à son exercice pour en préserver l'efficacité et la qualité.

Galam, E. (2007). "Burn out des médecins libéraux. Première partie : une pathologie de la relation d'aide." *Medecine : Revue De L'unaformec* **3**(9) : 419-421.

La profession médicale, notamment généraliste, est en crise persistante et les perspectives ne sont guère rassurantes : à la crise qui frappe les soins primaires de façon profonde et durable et qui touche tous les pays industrialisés [1] s'associe une altération importante de l'état de santé des soignants et, par voie de conséquence, de leur capacité à assumer leurs tâches. Si les difficultés du système et celles des individus qui le constituent relèvent de niveaux logiques différents, elles interagissent et s'éclairent les unes par les autres. L'existence d'un taux élevé d'épuisement émotionnel chez les médecins libéraux français a donné lieu, depuis quelques années, à différents travaux et incité à la mise en place en juin 2005, d'un dispositif téléphonique d'aide et à une vaste enquête de l'URML Île-de-France en 2006. Cette série d'articles en synthétise les différentes caractéristiques et perspectives.

2006

Audric, S. (2006). "Analyse des carrières des médecins libéraux à partir de données de panel." *Serie Statistiques - Document de Travail - Drees(96)* : 65.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/SerieStatistiques/2006/96/seriestat96.pdf>

Les omnipraticiens ont une activité, en nombre d'actes effectués comme en honoraires, en augmentation depuis 1988. A l'aide de modèles de panel, cet article estime l'influence sur cette activité des facteurs suivants : l'ancienneté, évaluée selon le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de la thèse, l'année d'obtention de la thèse, la date, l'acquisition ou non d'un Mode d'exercice particulier (Mep), la région, le type de secteur dans lequel le médecin exerce (secteur 1, secteur 1 avec dépassements autorisés, secteur 2 et médecin non conventionné) et le sexe du médecin.

Breuil-Genier, P. et Goffette, C. (2006). "La durée des séances des médecins généralistes." *Etudes Et Resultats(481)* : 8, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>

[BDSP. Notice produite par ENSP OYR0xD0r. Diffusion soumise à autorisation]. S'appuyant sur l'enquête relative à la pratique des médecins généralistes réalisée en 2002 par la Drees, l'étude présentée dans ce numéro s'intéresse à la durée de la séance et à ses variations en fonction de ses caractéristiques propres (lieu, nature et chronicité du problème médical...), de celles du patient et des spécificités du médecin (sexe, âge, mode d'exercice...). Le terme de séance recouvre l'ensemble des consultations effectuées au cabinet du médecin et des visites faites au domicile du patient. Selon l'étude, la durée moyenne de séance évaluée par le médecin est de 16 minutes. Elle dépend étroitement de la pathologie diagnostiquée et est en moyenne plus élevée lorsqu'il s'agit de patients atteints de pathologies psychologiques ou psychiatriques, de personnes souffrant d'affections de longue durée, de personnes âgées ou de nouveaux patients. Les cadres et professions libérales ont en moyenne des durées de séances supérieures à celles des employés alors qu'à contrario, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont des durées de séances inférieures à celles des autres assurés. Les consultations en cabinet sont plus brèves que les visites, surtout lorsqu'elles ont lieu sans rendez-vous. Certaines caractéristiques des médecins apparaissent également liées à la durée des séances qu'ils pratiquent : les femmes médecins gardent leurs patients plus longtemps de même que les médecins du secteur à honoraires libres ou ceux ayant une faible activité. La densité de médecins dans la zone d'emploi ne semble en revanche pas avoir d'influence.

Breuil-Genier, P. et Sicart, D. (2006). "L'origine sociale des professionnels de santé." Etudes Et Resultats(496) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er496.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE OreR0xPX. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude de l'origine sociale des parents des professionnels de santé permet de préciser les milieux dans lesquels ces métiers recrutent et d'éclairer les logiques dans lesquelles s'inscrivent l'entrée dans ces professions. Ainsi, en moyenne, sur la période 1990-2002, 43 % des médecins et 40 % des pharmaciens et dentistes en activité avaient un père cadre supérieur, contre 29 % de l'ensemble des cadres supérieurs.

Chevreur, K., et al. (2006). Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. Rapport Irdes ; 1648. Paris IRDES : 205, tabl.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1648.pdf>

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

2005

Ventelou, B., et al. (2005). "Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1) : 127-160.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ZR3N8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article propose un premier bilan des résultats de l'expérience menée en région PACA depuis 2002 de constitution d'un "observatoire des pratiques" des médecins libéraux : le panel MG PACA de 600 médecins généralistes. Une "analyse des correspondances multiples" fait apparaître des profils de pratiques des médecins relativement marqués, particulièrement en ce qui concerne l'activité, les

habitudes de prescription et l'accès à l'information médicale. Enfin, l'ambition d'un tel panel serait de constituer un dispositif pérenne d'appréhension de la profession de médecin généraliste, puis de devenir un véritable outil d'aide à la décision de politique sanitaire : en quoi consiste aujourd'hui le métier de médecin généraliste ; peut-on le faire évoluer ?

2004

- (2004). Etude sur les préoccupations professionnelles des médecins généralistes libéraux en région Centre. Orléans URML : 33, 24 tabl., graph., fig.

L'Union régionale des médecins libéraux de la région Centre (URML), soucieuse de mieux connaître le contexte d'exercice des médecins et préoccupée par la vie professionnelle des médecins libéraux de la région, a décidé de conduire cette étude afin d'éclairer le monde de la santé sur ce qui préoccupe véritablement les médecins généralistes libéraux en région Centre.

- Labarthe, G. (2004). "Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie." Etudes Et Resultats(315) : 12, 15 tabl., 15 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er315.pdf>

L'enquête sur les consultations et visites réalisées par les médecins généralistes, que la Drees a effectuée entre juin 2002 et janvier 2003, a permis de recueillir auprès de 922 généralistes libéraux des informations sur 44 000 consultations qu'ils ont réalisées à leur cabinet et 6 000 visites qu'ils ont effectuées auprès des patients. L'objectif principal de cette enquête était d'étudier le contenu et l'issue des consultations pratiquées par les médecins généralistes à leur cabinet ou lors de visites, en rapprochant ces éléments des caractéristiques de ces médecins et des patients qu'ils examinent.

2003

- (2003). "Classification des généralistes." Point De Conjoncture - La Statistique Mensuelle En Date Des Soins(14) : 31-39, graph.

Ce document cherche à regrouper les généralistes présentant des comportements voisins et à caractériser ces groupes. L'objectif est d'utiliser ensuite la classification ainsi obtenue pour étudier l'évolution des comportements au sein de chaque groupe. Cette classification des généralistes a été établie à partir des données du SNIR-PS.

- Ferley, J. P. et Da, Silva, E. (2003). Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact : approche quantitative et qualitative : enquête auprès des médecins en exercice. Lyon UPMLRA : 107, tabl., graph., fig.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a entamé, depuis six ans, une vaste étude sur la démographie des professions de santé. Dans ce cadre-là, elle a souhaité savoir quels étaient l'impact et les conséquences de la féminisation des professions de santé sur l'exercice médical, mais aussi son impact sur l'offre de soins. Cette enquête réalisée avec la collaboration du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS), repose sur trois axes : une enquête postale auprès d'un échantillon aléatoire de 1 500 médecins en exercice hommes et femmes, généralistes et spécialistes, d'exercice libéral ou hospitalier, un essai de reconstitution du cursus de cohortes d'anciens étudiants, une enquête auprès d'une promotion d'étudiants en sixième année DCEM4. Ce rapport démontre que la féminisation de la profession médicale en Rhône-Alpes est déjà entrée dans les faits et constitue une réalité incontournable pour les décennies à venir. Elle peut représenter un enrichissement de la prise en charge médicale de la population dans le domaine du soin et de la prévention pour peu que l'on sache en anticiper l'impact.

- Germanaud, J., et al. (2003). "Une typologie des pratiques médicales comme outil de l'amélioration de la qualité des soins : expérience dans la prise en charge des malades diabétiques par les médecins

généralistes." Revue Medicale De L'assurance Maladie **34(2)** : 85-91, 82 graph., 82 tabl.

Une équipe de la Direction régionale du service médical de la CNAMTS du Centre et du CHRU de Tours ont réalisé un travail dont l'objectif était de décrire les attitudes des médecins généralistes à travers une typologie, avec pour finalité d'adapter les actions d'amélioration des pratiques, au nom du principe que des comportements différents requièrent des interventions différentes. L'étude a été réalisée en 2000 à partir des bases de données de l'assurance maladie et a porté sur les prescriptions des médecins généralistes de la région Centre à leurs patients diabétiques. Elle visait à décrire leur pratique dans la prise en charge des diabétiques de type 2, puis à en établir une typologie et à déduire les modalités d'action pour améliorer la qualité des soins. Les profils de médecins ont été définis par analyse en composantes principales (ACP) suivie d'une classification par la méthode des nuées dynamiques.

2001

Castel-Tallet, M. A., et al. (2001). Les médecins en Champagne-Ardenne : état des lieux et perspectives. Rapport CreDES. Châlons en Champagne U.R.C.A.M. : 55, tabl., graph., carte, ann.

Ce document, réalisé par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Champagne-Ardenne (URCAM) en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) fait suite à une première étude qui avait été réalisée en 1998. Elle faisait le point sur la situation régionale en terme de mortalité, offre et consommation de soins. Afin d'élargir certains aspects de l'offre de soins et en raison de perspectives de stabilité ou de diminution du nombre de médecins, ce document propose un état des lieux régional de la démographie médicale ainsi que des prévisions démographiques à une dizaine d'années. La première partie concerne les généralistes, la seconde partie les spécialistes et la troisième les projections d'effectifs de médecins à l'horizon 2008 et 2013.

Dourgnon, P., et al. (2001). L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Rapport CreDES. Paris CREDES : 139, 118 tabl., 104 graph.

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1344Formmel.pdf>

Le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (F.O.R.M.M.E.L.) avec le concours du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (C.S.S.I.S.) et du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) a mis en place une étude sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Ce rapport présente les résultats de cette enquête qui a été conduite à partir de l'expérience quotidienne de médecins volontaires. La première partie de ce document présente la méthodologie de l'enquête, l'échantillon de médecins participants, leur environnement informatique, décrit les fonctions étudiées et comment les médecins les utilisent. Les quatre parties suivantes présentent les évaluations de chacune des fonctions, de la plus utilisée (gestion du dossier médical du patient) à la moins utilisée. Dans la sixième partie, les auteurs présentent un classement des modules en fonction de critères de satisfaction et d'utilisation des médecins évaluateurs. Une dernière partie développe, sur un plan plus global, l'influence de l'arrivée de l'informatique dans le cabinet libéral au travers des réponses aux questions d'évaluation (l'utilité et l'acceptabilité pour le patient, l'impact sur la qualité de la pratique, le confort de travail, la sécurité des données) et aux questions d'opinion du questionnaire qui clôture l'enquête (le rôle de l'informatique, le bilan de l'informatisation des médecins, l'avenir de l'informatique dans la pratique libérale).

Fivaz, C. et Le, Laidier, S. (2001). "Une semaine d'activité des généralistes libéraux." Point Stat(33) : 8, graph., tabl., carte.

Un des grands problèmes de santé actuel est de savoir si l'offre de soins est adapté à la demande et si elle le sera dans les années à venir. La réponse aux besoins en matière de soins résulte de la densité de médecins, de l'importance de l'activité par médecin et de la complémentarité des différentes pratiques de soins par des généralistes, des spécialistes libéraux ou des établissements hospitaliers

ainsi que par la qualité et la pertinence des interventions. Même en tenant compte de la structure par âge des bénéficiaires de soins, les inégalités de densité médicale sont une réalité ; la progression très forte des effectifs médicaux durant ces vingt dernières années a maintenu, pour l'essentiel, ces inégalités. On constate un rapport inverse entre la densité et les honoraires moyens, notamment chez les généralistes. Etudier une semaine d'activité permet de mieux estimer l'offre quotidienne de soins pour les patients, de comparer l'activité des généralistes entre eux (extrait).

Niel, X. et Vilain, A. (2001). "Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques." Etudes Et Resultats(114) : 8, 1 tabl., 4 graph., 2 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er114.pdf>

L'enquête Emploi réalisée chaque année par l'INSEE auprès d'un échantillon de la population permet d'appréhender la durée de travail effectuée par les médecins et son évolution. Les auteurs de ce document se consacrent aux données de 1990 en se concentrant sur la période 1992-2000. Ils proposent une analyse de l'évolution de la durée du temps de travail selon l'âge, le sexe, l'organisation du travail, les caractéristiques personnelles ou professionnelles des médecins. Les auteurs proposent également une projection à l'horizon 2020.

2000

Chambonet, J. Y., et al. (2000). "How long are consultations in French general practice ?" European Journal of General Practice 6: 88-92, 85 tabl., 81 fig.

Charpak, Y. c. et Knockaert, R. c. (2000). "Dossier : les médecins aujourd'hui en France." Actualite Et Dossier En Sante Publique(32) : 3-66, carte, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP 95R0x85v. Diffusion soumise à autorisation]. Que sait-on des médecins ? Que ce soit leur nombre, pléthorique ou insuffisant à terme, leurs statuts, leur répartition, leur responsabilité, leur formation, les informations les plus diverses existent. Ce dossier montre que la profession de médecin a subi de profondes mutations, et que son hétérogénéité croissante reflète des réalités de plus en plus complexes.

Dourgnon, P., et al. (2000). "Apport de l'informatique dans la pratique médicale. Premiers résultats d'un enquête inédite via internet." Questions D'economie De La Sante (Credes) (26) : 6, 3 graph., 1 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes26.pdf>

Le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (F.O.R.M.M.E.L.) avec le concours du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (C.S.S.I.S.) et du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) a mis en place une étude sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Ce fascicule présente les premiers résultats de cette enquête qui a été conduite à partir de l'expérience quotidienne de médecins volontaires. Ces résultats permettent de connaître l'utilisation effective de l'informatique par les médecins, d'orienter leur choix parmi les possibilités actuelles et aussi d'inciter les industriels à proposer des services plus accessibles et mieux adaptés.

Dourgnon, P., et al. (2000). Résultats de l'enquête sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Rapport Credes. Paris CREDES : 26, carte, graph.

Le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (F.O.R.M.M.E.L.) avec le concours du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (C.S.S.I.S.) et du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) a mis en place une étude sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. Ce fascicule présente les premiers résultats de cette enquête qui a été conduite à partir de l'expérience quotidienne de médecins volontaires. Ces résultats permettent de connaître l'utilisation effective de l'informatique par les médecins, d'orienter leur choix parmi les possibilités actuelles et aussi d'inciter les industriels à proposer des services plus accessibles et mieux adaptés.

1999-1996

Chambonet, J. Y., et al. (1999). "Profil des jeunes médecins généralistes des années quatre-vingt-dix : le profil socio-professionnel des généralistes diplômés entre 1990 et 1992 à Nantes." Concours Medical (Le) **121**(14) : 1116-1119.

L'article présente une enquête menée auprès des jeunes médecins généralistes diplômés entre 1990 et 1992 à la faculté de médecine de Nantes. Cette enquête visait à posséder un descriptif du devenir des jeunes médecins à l'échelon loco-régional. L'article décrit la méthodologie et les résultats de l'enquête. Plusieurs champs sont exposés : répartition des médecins en fonction de leur diplôme, implication dans la formation permanente, sexe, mode d'exercice.

(1997). "Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales." Documents De Recherches En Medecine Generale(45) : 45, 26 graph., 37 tabl., ann.

Les objectifs de ce rapport sont de décrire le contenu de l'activité médicale généraliste dans l'ensemble de ses dimensions médicales, sociales, administratives et de santé publique, de situer la place du médecin généraliste dans la filière de soins, de recenser les tâches complémentaires remplies par les médecins généralistes, tâches non directement liées à une activité de soins, mais qui font partie de l'exercice du praticien ou lui sont indispensables (gestion du cabinet médical, formation continue, temps de lecture par exemple...). Cette recherche s'inscrit dans une démarche plus générale visant à mettre en place des systèmes d'information en médecine ambulatoire. Elle est basée sur une enquête nationale transversale, descriptive et prospective portant sur un échantillon représentatif de médecins généralistes (France, 14 mars - 3 avril 1994). Ce document est une réédition d'une version de 1994.

(1996). "Infiniment médecins : les généralistes entre la science et l'humain." Autrement(161) : 202.

Entre la maladie et l'homme, entre l'art et la technique, entre l'hôpital et la cité, il y a le médecin de "ville", de "quartier", de "famille". Fantassin modeste au regard des aristocrates hyper spécialistes, on le juge parfois quelque peu dépassé, légèrement incompetent. On l'accuse de pousser à la consommation, de "creuser le trou de la sécu". Un fossile peu utile et très coûteux ? Pourtant, face à des pratiques médicales sans visage et sans voix, toujours plus performantes, plus acérées, plus blessantes à force d'être pointues, il préfigure ce que pourrait devenir une médecine qui placerait l'individu avant les moyens. Car la capacité du "généraliste" c'est précisément le "particulier". Lors de la rencontre toujours singulière avec le patient, il s'échange bien sûr des médicaments, mais aussi des gestes, des mots, des angoisses, des attentes, des silences. Confronté au corps désirable et périssable, à la souffrance et à la mort, le généraliste est aussi celui qui doit se salir les mains et l'âme. Il soigne, il écoute, il accompagne. En ce sens il est vraiment médecin... infiniment médecin.

Sandier, S. (1996). Les quinze premières années d'activité des généralistes libéraux : 1979-1993. Rapport Credes. Paris CREDES : 86, tabl., graph.

En étudiant les cohortes de médecins généralistes libéraux regroupés par année d'installation, ce rapport débouche sur ces conclusions : - les effectifs de généralistes libéraux n'augmentent plus, les jeunes médecins s'installent de plus en plus tardivement en secteur libéral et la profession se féminise rapidement ; - un modèle s'ajuste bien à l'évolution du nombre moyen d'actes par généralistes au cours de leurs 15 premières années d'activité. Le modèle fait intervenir le niveau du palier d'activité et la propension à attirer la clientèle potentielle. Ces paramètres montrent une forte dispersion régionale ; la part de l'activité consacrée aux visites régresse à chaque génération et diminue avec l'ancienneté des médecins. Cette tendance malgré le vieillissement de la population traduit un effet de génération.

LA VARIABILITE DE LA DECISION MEDICALE

2020

Frappé, P. (2020). "Les référentiels et leur non-application en médecine générale." Les Tribunes de la santé **64**(2) : 49-59.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-49.htm>

Les médecins généralistes sont régulièrement pointés du doigt pour leur faible connaissance des recommandations, mais les référentiels sont-ils vraiment faits pour être respectés ? Plutôt que d'insister dans une surenchère tous azimuts d'appels à renforcer leur formation, une meilleure appropriation des référentiels pourrait relever d'autres leviers tels que : positionner ces référentiels dans une finalité aidante avant tout, anticiper leur structuration dans un répertoire global cohérent, gagner en fiabilité dans leur capacité à répondre aux questions pratiques avec le juste niveau de complexité, gagner en pertinence en développant leur adaptabilité à la diversité des exercices et au contexte individuel, développer leur interopérabilité avec les autres référentiels et les autres professionnels, proposer une déclinaison territoriale, inscrire leur élaboration dans une démarche d'actualisation continue et faciliter l'accès rapide à leur contenu.

2018

Bravetti, O. (2018). Identification des facteurs non médicaux influençant la décision d'une hospitalisation d'un patient en cabinet de médecine générale. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 51.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_BRAVETTI_OLIVIER.pdf

Contexte : La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques ou socioculturels, qui incombent aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient. Dans un monde de la santé visant l'uniformisation des pratiques nous observons une variabilité de la décision malgré des recommandations scientifiques communes. Objectif : identifier les éléments non médicaux impactant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient dans le cadre de soins primaires. Méthode : Étude qualitative par des entretiens semi-dirigés. Résultats : De nombreux paramètres non médicaux régissent la décision d'hospitaliser un patient en soins primaires, ils sont dépendants du patient ou du médecin. Le profil du patient, avec son avis, sa compréhension, son milieu socioculturel mais aussi son entourage influencent la décision. De la part du médecin on relève son expérience, les facteurs subjectifs et organisationnels qui l'entourent. L'environnement médical (manque de lits d'hospitalisation, communication avec les spécialistes de second recours) entraînent des modifications de la prise en charge. La temporalité de la consultation entre en jeu dans l'acte décisif ainsi que la judiciarisation de la pratique. Conclusion : L'uniformisation des pratiques professionnelles semble difficile à mettre en œuvre devant le manque de contrôle de ses éléments extra-médicaux mais qui participent activement à la décision du praticien, même si certains sont modifiables. Certaines solutions existent déjà comme les protocoles ville-hôpital, la création des PTA avec des alternatives à l'hospitalisation et des réflexions au sein des CPTS sur les parcours de soins. Mais ces mesures nécessitent d'être ajuster selon les besoins du terrain.

Ourabah, R., Gonthier, R. et De Bourguignon, C. (2018). Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste. Paris Académie Nationale de Médecine : 11.

<http://www.academie-medecine.fr/multimorbidite-prise-en-charge-par-le-medecin-generaliste/>

La multimorbidité vise à décrire l'ensemble des maladies chroniques qui impacte la prise en charge d'un sujet. En France, l'enquête INSEE-Credes sur la santé et les soins médicaux a montré que la multimorbidité est la règle chez les personnes âgées et occupe une place importante dans les soins de premiers recours. La prise en charge de ces patients multi morbides est difficile, car la symptomatologie clinique appartient à plusieurs maladies chroniques sous-jacentes qui interagissent entre elles. La plupart des recommandations pour la pratique clinique sont construites selon une approche de « maladie unique ». En présence d'un patient porteur d'une multimorbidité, les

praticiens généralistes sont censés additionner toutes les recommandations préconisées pour chaque maladie considérée isolément, ce qui aboutit à des prises en charge médicamenteuses complexes, fort onéreuses et augmente le risque iatrogénique. La réponse des médecins généralistes face à la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour ralentir la symptomatologie, mais doit intégrer d'autres paramètres comme : le maintien de la qualité de vie des patients, la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels souvent méconnus ou délaissés, la prise en compte des aspects techniques, humains et financiers de la dépendance. Dans cet objectif il faut confier au médecin généraliste une responsabilité spécifique de coordination des soins et des prescriptions. Un dispositif de prise en charge à mettre en œuvre dans ces situations est proposé.

2017

Sliman, G. (2017). La pertinence des actes et examens médicaux : sondage Odoxa pour la Fédération hospitalière de France. Paris Odoxa ; FHF : 40, tab., graph., fig.

D'après une enquête réalisée, en 2017, par Odoxa pour la Fédération hospitalière de France (FHF), auprès de patients, médecins et directeurs d'hôpital, par Odoxa pour la Fédération hospitalière de France (FHF), le recours à certains actes chirurgicaux varie du simple au double selon les régions françaises. La chirurgie du rachis par exemple est deux fois plus pratiquée dans la région PACA qu'en Ile-de-France. Les patients bretons reçoivent de leur côté deux fois moins de stents que les patients alsaciens.

Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la pertinence des soins. Paris Sénat : 62.

<http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, près d'un cinquième de la dépense de santé. Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils suscitent néanmoins, chez l'ensemble des acteurs du système de santé, une prise de conscience accrue. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente en effet un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité de notre système de santé. Renvoyant au « juste soin », approprié, adapté aux besoins des patients, conforme aux meilleurs standards cliniques, la pertinence médicale conduit à conjuguer l'exigence de qualité et de sécurité des soins et l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé, souvent pensées de manière antagoniste. Si des actions ont été engagées par l'État et l'assurance maladie, leurs résultats plafonnent. De l'avis général, l'organisation cloisonnée de notre système de santé et ses modes de financement peu incitatifs sont un frein à des avancées plus substantielles. Une vision stratégique et des évolutions structurelles, au-delà de la logique de robot, sont aujourd'hui indispensables.

2016

Le Bail, M. dir et Or, Z. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 2016, Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>

Premier Atlas français des variations de pratiques médicales, cet ouvrage, élaboré grâce à une collaboration entre la DGOS, l'Irdes et les membres du groupe technique national Pertinence des soins, notamment l'ATIH, la Cnamts et la HAS, propose un panorama de dix interventions chirurgicales parmi 33 thématiques déclarées prioritaires par les pouvoirs publics en termes de pertinence et de qualité des soins, d'équité d'accès à l'offre de soins sur le territoire et d'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières. Ces interventions chirurgicales ont été sélectionnées car elles sont identifiées dans la littérature internationale comme sensibles à l'offre de soins et parce que leurs

prises en charge varient selon les patients. Cet Atlas permet d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et d'interroger leurs causes afin de réduire celles qui ne correspondent pas aux besoins. Il s'adresse tant aux professionnels de santé qu'aux usagers du système de soins, aux institutions de santé et aux chercheurs : les premiers pour les inciter à comparer et questionner leurs pratiques, les deuxièmes pour leur apporter des informations transparentes, les derniers pour les encourager à alimenter la réflexion par la production de données objectives afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences des variations observées.

2015

Stephan, H., et al. (2015). "Consultation de médecine générale : de quoi dépendent ses différents "temps" ? Une étude d'observation en Haute-Garonne." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **11**(7) : 329-332.

L'exercice de la médecine générale a pour particularité la variété de ses consultations. Leurs motifs sont multiples, l'âge des patients et la durée des consultations sont très variables. Pour la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), la durée moyenne des consultations est de 15,6 minutes, avec un coefficient de variation de 40 %. Les facteurs de variation de la durée des consultations et de la transmission de l'information ont été explorés dans des études anglo-saxonnes : principalement le sexe, l'âge du médecin et du patient, le mode d'organisation du cabinet et le nombre de motifs de consultation. Peu d'études d'observations in situ de la réalité complexe d'une consultation de médecine générale ont été menées en France. Elles ont été réalisées par des sociologues. Mais elles se focalisaient sur un thème de consultation ou sur une analyse comportementale des acteurs en présence. Pour comprendre les mécanismes d'une consultation, l'observation, puis l'analyse de cette rencontre sont des étapes incontournables. À cette fin, deux méthodes complémentaires ont déjà été testées et validées en médecine générale. Ce sont la micro-analyse par influence ethnographique et l'analyse conversationnelle et de l'interaction. Elles révèlent une séquence apprise et respectée par les patients et les médecins. Le chronométrage de la durée de chaque phase et l'étude de leurs variations permettent de démasquer certains mécanismes de la consultation. Dans cet article ont été observés systématiquement des consultations de médecine générale selon une synthèse de ces méthodes d'analyse et de mesure. L'objectif de travail était d'évaluer la répartition des différents temps de la consultation en fonction des trois facteurs que sont le médecin, le patient et le nombre de motifs de consultation.

2014

Mousques, J. (2014). Soins primaires et performance : de la variabilité des pratiques des médecins généralistes au rôle de l'organisation des soins. Paris Université Paris Dauphine, Université Paris-Dauphine. Ecole doctorale de Dauphine. Paris. FRA. **Thèse de doctorat de sciences économiques** : 182.

La recherche économique considère le médecin généraliste comme un agent offrant à l'échange information et services intellectuels en santé à des principaux. L'imparfaite convergence entre leurs objectifs, comme la présence d'incertitudes et d'asymétries d'information, conduisent le médecin à « fixer » les quantités, l'effort fourni et la qualité des soins et services rendus.

Or, Z. et Verboux, D. (2014). France: Geographic variations in health care. Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, Paris : OCDE: 221-243.

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care/france-geographic-variations-in-health-care_9789264216594-10-en

In France, awareness about practice variations has been growing in recent years due to the harsh economic context and changes in regional governance. This chapter provides information on variations in the use of eight specific hospital procedures and activities across departments for 2005 and 2011. It then provides an overview of the major policy instruments used in France for tackling

variations in medical practice.

2013

Pichetti, S., et al. (2013). "Multilevel analysis of the influence of patients' and general practitioners' characteristics on patented versus multiple-sourced statin prescribing in France." Applied Health Economics and Health Policy **11**(8) : 1-14.

The French National Health Insurance and the Ministry of Health have introduced multiple reforms in recent years to increase prescribing efficiency. These include guidelines, academic detailing, financial incentives for the prescribing and dispensing of generics drugs as well as a voluntary pay-for-performance programme. However, the quality and efficiency of prescribing could be enhanced potentially if there was better understanding of the dynamics of prescribing behaviour in France.

Reach, G. et Menard, J. p. (2013). L'inertie clinique : une critique de la raison médicale, Paris : Springer

Pourquoi les médecins ne suivent-ils pas toujours les recommandations de bonne pratique de la médecine fondée sur les faits (evidence-based medicine) élaborée pour mettre en pratique les progrès issus de la recherche médicale ? Certes, il arrive souvent que la recommandation ne s'applique pas au cas singulier que le médecin doit traiter, mais ce n'est pas toujours le cas : on parle alors d'inertie clinique, phénomène mis en lumière depuis une dizaine d'années et représentant à l'évidence une barrière à l'efficacité des soins et un problème majeur de santé publique dont ce livre montre l'ampleur dans plusieurs domaines de la médecine. La constatation de l'existence de ce fossé entre les recommandations et la réalité oblige à reconsidérer la place du facteur humain dans la pratique médicale. L'analyse des causes montre que ce fossé résulte d'une divergence entre deux logiques lorsqu'il s'agit pour le médecin de mettre en oeuvre dans "la vraie vie", c'est-à-dire dans le contexte à chaque fois unique du patient qu'il a en face de lui, cette nouvelle manière de faire la médecine : d'une part la logique objective, essentiellement statistique, des grands essais cliniques, d'autre part, la sienne propre, subjective, dont la richesse et la complexité, profondément humaines, sont décrites ici sous le nom de raison médicale. L'objectif de ce livre est de montrer comment et à quel prix ces deux logiques peuvent être réconciliées (4e de couverture).

Sinnott, C., et al. (2013). "GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research." Bmj Open **3**(e003610) : 10, tabl.

<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003610.full.pdf+html>

Objective: To synthesise the existing published literature on the perceptions of general practitioners (GPs) or their equivalent on the clinical management of multimorbidity and determine targets for future research that aims to improve clinical care in multimorbidity. Design: Systematic review and metaethnographic synthesis of primary studies that used qualitative methods to explore GPs' experiences of clinical management of multimorbidity or multiple chronic diseases. Data sources: EMBASE, MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, Academic Search Complete, SocIndex, Social Science Full Text and digital theses/online libraries (database inception to September 2012) to identify literature using qualitative methods (focus groups or interviews). Review methods: The 7-step metaethnographic approach described by Noblit and Hare, which involves cross-interpretation between studies while preserving the context of the primary data. Results: Of 1805 articles identified, 37 were reviewed in detail and 10 were included, using a total of 275 GPs in 7 different countries. Four areas of difficulty specific to the management of multimorbidity emerged from these papers: disorganisation and fragmentation of healthcare; the inadequacy of guidelines and evidence-based medicine; challenges in delivering patient-centred care; and barriers to shared decision-making. A 'line of argument' was drawn which described GPs' sense of isolation in decision-making for multimorbid patients. Conclusions: This systematic review shows that the problem areas for GPs in the management of multimorbidity may be classified into four domains. There will be no 'one size fits all' intervention for multimorbidity but these domains may be useful targets to guide the development of interventions that will assist and improve the provision of care to multimorbid patients

2010

Mousques, J., et al. (2010). "Is a "practice style" hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis." *Social Science & Medicine* **70**(8) : 1176-1184.

Much research in France or abroad has highlighted the medical practice variation (MPV) phenomenon. There is no consensus on the origin of MPV between preference-centered approaches versus opportunities and constraints approaches. This study's main purpose is to assess the relevance of hypotheses which assume that physicians adopt a uniform practice style for their patients for each similar clinical decision in a context of medical decision with low uncertainty and professional practice with weak regulation. Multilevel models are evaluated: first to measure variability of antibiotics prescription by French general practitioners (GPs) for acute rhinopharyngitis regarding clinical guidelines, and to test its significance in order to determine to what extent prescription differences are due to between or within GPs discrepancies; second, to prioritize its determinants, especially those relating to a GP or his/her practice setting environment, while controlling visit or patient confounders. The study was based on 2001 activity data, along with an ad hoc questionnaire, of a sample of 778 GP taken from a panel of 1006 computerized French GPs. We observed that a large part of the total variation was due to intra-physician variability (70%). It is patient characteristics that largely explain the prescription, even if GP or practice setting characteristics (location, level of activity, network participation, continuing medical education) and environmental factors (visit from pharmaceutical sales representatives) also exert considerable influence. This suggests that MPV are partly caused by differences in the type of dissemination of medical information and this may help policy makers to identify and develop facilitators for promoting better use of antibiotics in France and, more generally, for influencing GP practices when it is of interest.

2009

Bloy, G. (2009). "Décisions au long cours en médecine générale : quels modèles pour l'analyse sociologique ?" *Journal D'economie Medicale* **27**(4) : 191-210, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 898R0xHm. Diffusion soumise à autorisation]. A partir d'une relecture de la production sociologique contemporaine relative aux médecins généralistes français et d'une enquête ethnographique de longue durée, l'article propose une réflexion systématique sur les modèles mobilisés pour comprendre comment se décident les contextes d'exercice et styles de pratique de ces professionnels. La notion de "décisions au long cours" attire l'attention sur la multiplicité des choix qui contribuent à structurer le cadre d'exercice et la manière de s'investir d'un praticien en médecine générale libérale, et sur leur caractère évolutif. Les principaux paradigmes sont passés en revue afin de juger de leur capacité heuristique et de leurs limites au vu des connaissances disponibles sur ces médecins. (résumé d'auteur).

Dumontaux, N. et Pichetti, S. (2009). "Impacts de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)* (13) : 11, tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss13.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE roLR0xmr. Diffusion soumise à autorisation]. À la suite de la réévaluation du service médical rendu (SMR), les veinotoniques ont été déremboursés. La décision d'arrêter les veinotoniques est principalement prise par le patient. Cependant, deux patients sur trois ont continué ces traitements, mais les quantités prescrites ont diminué faiblement. Les médecins femmes ont tendance à maintenir ce type de prescriptions, à l'inverse de leurs confrères hommes et des médecins les plus jeunes qui ne prescrivent presque plus les veinotoniques. Toutefois, les patients âgés bénéficient encore de ces prescriptions, dans une moindre mesure.

Vega, A. (2009). "Les déterminants de la décision médicale : un point de vue sociologique." *Medecine : Revue De L'unaformec* **5**(6) : 282-296.

Comment les médecins passent-ils des éléments cognitifs à la décision ? À quels types de déterminants sont-ils soumis ? À quelles questions éthiques et problématiques sociales se trouvent-ils confrontés ? En démontant les cheminements de la pensée médicale, le sociologue Nicolas Dodier¹ rejoint d'autres chercheurs en sciences humaines qui analysent les nombreuses influences dans les jugements médicaux. L'ensemble de ces études nuance, voire infirme, les prétentions ou pré-supposés d'experts à être autonomes, scientifiques, justes, indépendants, etc. Pourtant, leurs auteurs cherchent moins à désacraliser la médecine, a fortiori les acteurs de santé primaire, qu'à souligner la richesse du travail soignant. Leur objectif est plus précisément de contrebalancer les approches trop abstraites de la décision médicale, ignorant d'une part les effets d'interactions individuelles (entre soignants et soignés, et entre soignants) et l'existence de nombreux facteurs macrosociaux influençant le colloque singulier d'autre part.

2008

Chevreur, K. (2008). Les facteurs non médicaux de la décision médicale dans le cadre de la prescription des IPP. Recherche sur le système de santé : 2005-2007., Saint-Etienne : EN3S : 237283, ann.

La consommation des inhibiteurs de la pompe à protons, apparus parmi les premiers en 1989, a connu une croissance très importante. Le remboursement de cette classe de médicament atteint un milliard d'euros en 2005, ce qui correspond à une augmentation de 75 % depuis 2000. Ces anti-ulcéreux utilisés en traitement curatif ou préventif des pathologies gastro intestinales en association avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) se sont non seulement substitués à des molécules plus anciennes (protecteurs gastriques), mais leur champ de prescription a été également élargi (Balsan, 2002). Cette étude a donc pour objectif de comprendre dans le cadre des pathologies pour lesquelles il y a une utilisation de ces médicaments, quels sont les facteurs influençant de prescrire un IPP par rapport aux autres alternatives, soit prescrire un autre protecteur gastrique, soit ne pas prescrire, et quels sont leurs mécanismes ou modes d'action sur la décision médicale.

De, Jong, J. D. (2008). Explaining medical practice variation. Social organization and institutional mechanisms, Utrecht : Nivel

In general, patients expect that the medical treatment they receive is provided by physicians who adhere to professional norms which are based on evidence. The existence of variations in medical practice challenges that general belief. In the assumption that treatment by physicians is based on theoretical knowledge and the medical conditions of the patient, similar patient with similar conditions would receive the same treatment, irrespective of the physician, hospital or practice they attend. However, examples from literature show a different situation. In the book, several hypothesis on the causes of medical practice variation were empirically tested. An approach was applied that emphasizes social conditions that, by providing opportunities and constraints, influence physicians' medical behavior. This approach predicts variations between physicians sharing the same work environment, such as a practice or a hospital. The importance of social organization and institutional mechanisms was confirmed in explaining medical practice variation.

Mousques, J., et al. (2008). A refutation of the practice style hypothesis: the case of antibiotics prescription by french general practitioners for acute rhinopharyngitis. Document de travail Irdes ; 18. Paris Irdes : 23.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT18RefutationPracticeAntibioticPrescriptionRhinopharyngitis.pdf>

Many researches in France or abroad have highlighted the medical practice variation (MPV) phenomenon, or even the inappropriateness of certain medical decisions. There is no consensus on the origin of this MPV between preference-centred versus opportunities and constraints approaches. This study principal purpose is to refute hypothesis which assume that physicians adopt for their patient a uniform practice style for each similar clinical decision beyond the time. More specifically, multilevel models are estimated: First to measure variability of antibiotics prescription by French general practitioners for acute rhinopharyngitis, a clinical decision making context with weak uncertainty, and to tests its significance; Second to prioritize its determinants, especially those relating

to GP or its practice setting environment, by controlling visit or patient confounders. The study was based on the 2001 activity data, added by an ad hoc questionnaire, of a sample of 778 GPs arising from a panel of 1006 computerized French GPs.

2007

Bejean, S., et al. (2007). "Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs." European Journal of Health Economics (the) **8**(3) : 225-236, tabl.

This study aims to identify the different practice profiles of general practitioners (GPs) in order to test the hypothesis of heterogeneity in physician behaviour. The data collected concerns 4,660 GPs from two regions in France for the year 2000. The used variables were the volume and the structure of the physicians' medical activity, income level, personal characteristics, socioeconomic and geographical environment, characteristics of their patients. A cluster analysis identifies different practice profiles and a regression analysis displays the determinants of the physicians' activity. Four different homogeneous groups can be identified, each one associating a physician's level of activity to his socioeconomic status. The level and the intensity of medical activity depend on individual factors, patients' characteristics as well as the socioeconomic context. There is no uniformity in the way GPs practice medicine. An immediate consequence is that any cost-containment measure that is applied uniformly to all GPs inevitably results in different outcomes according to the physicians' category type.

Gallois, P., et al. (2007). "Prescription médicamenteuse : un acte sous influences." Medecine : Revue De L'uniformec **3**(10) : 456-461.

Le poids économique de la prescription médicamenteuse représente dans les dépenses de la santé un coût régulièrement croissant : 15,84 milliards d'euros en 2003, en augmentation de 4,6 % par rapport à 2002 [1], donnée commune à tous les pays développés [2]. La prescription médicamenteuse est la conclusion la plus fréquente des consultations médicales. Elle pose de nombreux problèmes. Une consultation doit-elle toujours se conclure par une prescription de médicaments ? Ne devrait-on pas plus souvent conclure par des conseils non pharmacologiques ? Les médicaments prescrits sont-ils toujours indispensables ? Sont-ils la solution la plus pertinente au problème de santé présenté ? Quels sont les mécanismes qui conduisent à la prescription ? En dehors des données scientifiques, en principe base de la décision de prescrire ou non, de nombreux autres déterminants l'influencent : le mode d'information sur les médicaments où l'industrie pharmaceutique joue un grand rôle, l'attrait de l'innovation, le mode de raisonnement du médecin, les attentes réelles ou supposées des patients

2006

Robelet, M., et al. (2006). Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux : Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Paris CNOM : 18.

Aujourd'hui, plus de la moitié des étudiants de première année de médecine sont des étudiantes, et 46% des médecins de moins de 40 ans sont des femmes. Ce processus de féminisation questionne les représentants de la profession. La croissance de la population féminine parmi les médecins va-t-elle conduire à modifier les pratiques professionnelles et l'offre de service aux patients et si oui, dans quel sens ? Sans permettre de répondre directement et intégralement à cette question, le recours à des grilles d'analyse sociologiques permet d'inscrire la féminisation de la profession médicale dans une dynamique de changement social plus large affectant les rapports hommes/femmes aussi bien dans la sphère privée qu'au travail. Il s'agira ainsi de saisir, au-delà des chiffres à présent bien connus de la démographie médicale, les changements qui affectent le rapport au travail des femmes comme des hommes (notamment temps de travail, articulation temps de travail/temps familial, mais aussi conception du métier), dans la profession médicale. En ce sens, il nous a paru pertinent d'enquêter auprès de jeunes médecins de 30 à 35 ans, en vue d'analyser leurs façons d'articuler la sphère professionnelle et la sphère privée (résumé d'auteur).

2004

Junod, A. F., et al. (2004). Décision médicale ou la quête de l'explicite, Genève : Médecine & Hygiène

A partir de situations tirées de la pratique courante, ce livre fait le tour des connaissances actuelles sur le raisonnement clinique, aborde les conditions nécessaires pour évaluer une probabilité diagnostique et dissèque les éléments impliqués dans une décision médicale. Il insiste sur le rôle majeur des symptômes et signes cliniques dans la démarche diagnostique et dans l'évaluation de la prévalence de la maladie. Un recueil substantiel de score à visée diagnostique est présenté à cet effet. La dernière partie, la plus novatrice, aborde les nombreux facteurs qui modulent ou parasitent la décision médicale, qu'il s'agisse de la personnalité du médecin, de sa spécialité, de son âge, de son sexe ou de ses représentations, des assurances et de leurs contraintes, d'evidence-based-medicine et des recommandations pour la pratique clinique, sans oublier le patient, sa problématique et son désir de participer à la décision.

2003

Delga, C., et al. (2003). "Pression de prescription : étude pilote en médecine générale." Thérapie **58**(6) : 513-517.

Mousques, J., et al. (2003). Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Rapport Credes. Paris CREDES : 111, 116 tabl., 113 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1494.pdf>

Dans le cadre des travaux que le Credes mène depuis plusieurs années pour comprendre les déterminants de la variabilité constatée dans les pratiques médicales, cette étude fait suite à une première analyse consacrée à la prescription de statines pour hyperlipidémies. A partir d'une méthodologie plus robuste et d'informations plus riches, elle porte cette fois-ci sur la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë. Les données utilisées sont issues d'un panel de généralistes français informatisés - l'observatoire épidémiologique permanent Thalès - et d'une enquête complémentaire auprès des généralistes de ce panel menée en 2001.

Mousques, J., et al. (2003). "Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë." Questions D'economie De La Sante (Credes) (70) : 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes70.pdf>

Dans le cadre des travaux que le Credes mène depuis plusieurs années pour comprendre les déterminants de la variabilité constatée dans les pratiques médicales, cette étude fait suite à une première analyse consacrée à la prescription de statines pour hyperlipidémies. A partir d'une méthodologie plus robuste et d'informations plus riches, elle porte cette fois-ci sur la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë. Les données utilisées sont issues d'un panel de généralistes français informatisés - l'observatoire épidémiologique permanent Thalès - et d'une enquête complémentaire auprès des généralistes de ce panel menée en 2001. Les résultats complets de ce rapport sont présentés dans le rapport Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Ce document présente une synthèse de ce rapport.

2002

Bejean, S., et al. (2002). Santé, règles et rationalités, Paris : Economica

Cet ouvrage est issu des Ateliers Thématiques en Economie de la Santé organisés en collaboration par le Forum (Philippe Batifoulier et Olivier Biencourt, Université de Nanterre) et le LATEC (Sophie Bejean

et Christine Peyron, Université de Bourgogne). En prenant appui sur des recherches actuelles, il fait état du renouvellement survenu en économie de la santé, en offrant un cadre de réflexion, de confrontation et de dialogue autour des questions essentielles pour le système de santé : quelles sont les motivations et les procédures de décision des acteurs ? quelles sont les règles de coordination de leurs comportements ? Quels rôles jouent les prix dans un système fortement administré ? Quelles sont les logiques des politiques publiques de régulation ?

Jaye, C. et Tilyard, M. (2002). "A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns." *British Journal of General Practice* **52**(478) : 381-386.

2001

Mousques, J., et al. (2001). "La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies." *Questions D'economie De La Sante (Credes)* (42) : 6, 2 graph., 4 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes42.pdf>

La variabilité des pratiques médicales est un sujet abondamment traité dans la littérature scientifique. De nombreuses études ont tenté d'en identifier les facteurs explicatifs, tant du point de vue de la demande de soins que de l'offre médicale (demande induite, styles de pratique...), mais elles sont souvent menées sur données agrégées et prennent peu en compte les caractéristiques médicales des patients. Notre étude est conduite sur des données individuelles patients issues d'un panel de médecins généralistes. Nous analysons les écarts de traitement entre les médecins et entre leurs patients pour une pathologie spécifique, l'hyperlipidémie, et notamment l'alternative statines / fibrates dans la prescription médicamenteuse. Ce travail, financé par la Direction de la Sécurité Sociale au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, est réalisé en collaboration avec la société BKL-THALES à partir des données de l'Observatoire épidémiologique permanent THALES. Nous mettons en évidence que la variabilité entre les patients d'un même généraliste (variabilité intra-médecin) est presque trois fois supérieure à la variabilité entre les différents généralistes (variabilité inter-médecins). L'adaptation, par le praticien, du traitement à la spécificité diagnostique du patient semble donc prendre le pas sur un style de pratique uniforme. Les principaux déterminants de la probabilité de prescription confirment ce constat : les facteurs médicaux du patient expliquent en grande partie celle-ci. Malgré tout il subsiste une importante variabilité résiduelle liée à des facteurs non médicaux propres aux patients ou au médecin, comme la région, l'âge du médecin ou l'exercice en cabinet de groupe (résumé d'auteur).

Mousques, J., et al. (2001). La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies. *Rapport Credes*. Paris CREDES : 128, 121 graph., 151 tabl., 122 ann.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1360.pdf>

La variabilité des pratiques médicales est un sujet abondamment traité dans la littérature scientifique. De nombreuses études ont tenté d'en identifier les facteurs explicatifs, tant du point de vue de la demande de soins que de l'offre médicale (demande induite, styles de pratique...), mais elles sont souvent menées sur données agrégées et prennent peu en compte les caractéristiques médicales des patients. Notre étude est conduite sur des données individuelles patients issues d'un panel de médecins généralistes. Nous analysons les écarts de traitement entre les médecins et entre leurs patients pour une pathologie spécifique, l'hyperlipidémie, et notamment l'alternative statines / fibrates dans la prescription médicamenteuse. Ce travail, financé par la Direction de la Sécurité Sociale au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, est réalisé en collaboration avec la société BKL-THALES à partir des données de l'Observatoire épidémiologique permanent THALES. Nous mettons en évidence que la variabilité entre les patients d'un même généraliste (variabilité intra-médecin) est presque trois fois supérieure à la variabilité entre les différents généralistes (variabilité inter-médecins). L'adaptation, par le praticien, du traitement à la spécificité diagnostique du patient semble donc prendre le pas sur un style de pratique uniforme. Les principaux déterminants de la probabilité de prescription confirment ce constat : les facteurs médicaux du patient expliquent en grande partie celle-ci. Malgré tout il subsiste une importante variabilité résiduelle liée à des facteurs non médicaux propres aux patients ou au médecin, comme la région, l'âge du médecin ou l'exercice en cabinet de

groupe (Résumé d'auteur).

2000

Davis, P., et al. (2000). "The "supply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation." *Social Science & Medicine* **50** : 407-418.

Matillon, Y. d. et Durieux, P. d. (2000). L'évaluation médicale : du concept à la pratique, Paris : Médecine Sciences Flammarion

Ce livre, nouvelle édition de l'ouvrage publié en 1994, a toujours pour ambition de doter les professionnels de santé des instruments nécessaires à l'atteinte d'un objectif commun indispensable : mieux comprendre les objectifs et les méthodes d'évaluation pour construire un système de soins plus efficace et plus équitable. Le concept d'évaluation médicale peut être abordé selon différents points de vue : médical, économique, éthique. Cet ouvrage a pour objectifs : de commenter des résultats d'expérimentations et d'études (françaises ou étrangères, professionnelles et/ou institutionnelles) ; de mieux comprendre que l'évaluation n'est pas une démarche isolée mais qu'elle doit s'articuler au sein du système de santé ; de permettre une ouverture sur des problèmes plus complexes (l'évaluation dans les établissements de soins, la liaison avec la régulation du système de santé). Il repose, dans la plupart des cas, sur l'expérience acquise dans le cadre des activités de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), association des nombreux partenaires (Organismes de Financement, Autorités de tutelle, Sociétés savantes...).

1999-1989

Haxaire, C. (1999). "D'une rationalité à l'autre : ce que masque parfois la prescription de psychotropes." *Sciences Sociales Et Sante* **17**(2) : 53-57.

Guillemot, D., et al. (1998). "Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among french Office-Based physicians." *Journal of Clinical Epidemiology* **51**(1) : 61-68, tabl., fig.

Delnoij, D. M. J. et Spreuwwenverg, P. M. M. (1997). "Variation in GPs referral rates to specialists in internal medicine." *European Journal of Public Health* **7**(4) : 427-434.

In this article multilevel analysis (MLA) is used in order to analyse a large data set on general practitioners' (GPs') referrals to specialists in internal medicine. The hypothesis is tested that patients' morbidity is the main determinant of GPs' referral rates. From a Dutch survey among 161 GPs, referrals to specialists in internal medicine were selected. The results corroborate the main hypothesis: approximately half of the variation in the overall chance of being referred is associated with patient characteristics and approximately 45% with patients' morbidity measured in terms of the GPs' diagnosis. Referral chances differ mainly with diagnosis, which implies that the variation in the referral rates reflects a variation in case mix rather than differences in the quality of care or efficiency. The only doctor or practice characteristics that affect referral chances are the number of instruments available in a practice (more instruments, fewer referrals) and GPs' list sizes (larger lists, more referrals).

Bradley, C. P. (1991). "Decision making and prescribing patterns : a literature review." *Family Practice* **8**(3) : 276-287.

Wolff, N. (1989). "Professional uncertainty and physician medical decision-making in a multiple treatment framework." *Social Science & Medicine* **28**(2) : 99-107.

This paper develops a new microanalytic approach to physician medical decision-making treatment setting. Physician medical decision-making is modelled as a two-stage sequential process. In Stage 1, the patient's illness is diagnosed and the health outcomes for all illness-related restoration options are

identified. In Stage 2, an "optimal" restoration option is selected. This model provides new insights into physician medical decision-making and the complexity of proving physician-induced demand in a medical care market where professional uncertainty and consumer heterogeneity exist.

LE COMPORTEMENT DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2021

(2021). "Quelle est l'attitude des professionnels de santé libéraux face à la vaccination contre la Covid-19 ? Résultats de l'enquête menée entre le 17 et le 29 mars 2021." Le Point Sur(2021/04/19).

Cette publication présente les résultats d'une enquête menée entre le 17 et le 29 mars 2021 auprès de 1 500 professionnels de santé libéraux (activité libérale exclusive ou mixte : libérale et salariée) afin de connaître leurs opinions sur la vaccination. Les échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas en tenant compte de l'âge, du sexe et de la région d'exercice. L'échantillon est constitué de 300 médecins généralistes, 300 pharmaciens d'officine, 300 infirmiers, 300 masseurs-kinésithérapeutes et 300 sages-femmes.

Bloy, G., Richerand, N. et Rigal, L. (2021). "Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **69**(1) : 39-48.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.06.001>

Résumé Objectif Cet article interroge la manière dont les médecins généralistes libéraux prennent en compte la position sociale de leurs patients dans leur travail préventif. Méthode Après une revue des principales constructions normatives censées équiper les généralistes pour l'appréhension des dimensions sociales, l'article utilise deux enquêtes sur la dispensation des soins préventifs, l'une épidémiologique (PrevQuanti) et l'autre sociologique (PrevQuali). Résultats La déontologie, la formation et les recommandations mettent difficilement en forme les dimensions sociales de la santé avec lesquelles doivent composer les généralistes. L'enquête PrevQuanti a pourtant mis en évidence que la dispensation des soins préventifs était traversée par des gradients sociaux quasi systématiques, mais de sens variable. L'analyse, sur la base de l'étude par entretiens PrevQuali, rend intelligible les façons dont les généralistes mobilisent la position sociale de leurs patients, pour s'y adapter ou non. Conclusion Les positionnements des généralistes sont modélisables en une typologie en six postures, entre lesquelles certains oscillent. Aim This article examines the way in which private general practitioners take into account the social position of their patients in their preventive work. Methods After a review of the main normative constructs supposed to equip the general practitioners to grasp the social dimension of their practice, the article used two surveys on the provision of preventive care, one epidemiological (PrevQuanti) and the other sociological (PrevQuali). Results Deontology, training and recommendations make it difficult to shape the social dimensions of health that practitioners have to deal with. The PrevQuanti survey, however, revealed that the provision of preventive care is subject to almost systematic but variable social gradients. The analysis, based on the PrevQuali interview study, makes the ways in which practitioners mobilise the social position of their patients and whether or not they adapt to it. Conclusion The positionings of general practitioners can be modelled in a typology of six postures between which some oscillate.

Cour des Comptes (2021). La politique de prévention en France. Paris Cour des comptes : 142.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>

Dix ans après la parution d'un premier rapport de la Cour des comptes consacré à la prévention sanitaire, l'évaluation réexamine la prévention à travers le cas de trois grandes familles de pathologies – les cancers, les maladies neurocardio-vasculaires ou NCV, et le diabète. En mesurant l'impact des politiques de prévention menées en France, la Cour a pu constater que les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins. Pour contribuer à renforcer l'efficacité de ces politiques, ce rapport livre une série de recommandations formulées autour de quatre orientations : la déclinaison opérationnelle de ce renforcement, la lutte

contre les facteurs de risques, la transformation des pratiques professionnelles en matière de prévention, et l'optimisation de l'utilisation du numérique.

Prevost, J., Cantier, P., Daphnet, F., et al. (2021). "Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif Asalée." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **17(8)** : 378-384.

Le dispositif Asalée est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s, visant à améliorer la qualité des soins. Il est centré sur l'éducation thérapeutique du patient, réalisée en individuel et en groupe. Cette étude qualitative vise à recueillir et analyser le ressenti de patients diabétiques de type 2 participant à des activités d'éducation thérapeutique de groupe dans le cadre du dispositif Asalée. Les patients décrivent des modifications dans leur mode de vie, notamment sur leurs habitudes alimentaires et leur pratique d'activité physique, mais aussi d'autres bénéfiques comme l'amélioration de leurs douleurs et la perte de poids. Ils apprécient le lien social, le soutien moral et la dynamique qu'apportent ces groupes. On observe une organisation et une autonomisation des patients au sein de certains groupes.

2019

Berard, J. L., Oustric, S. et Seiller, S. (2019). Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions. Paris 1er Ministre : 155, fig.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/02/rapport_de_mm_berard_oustric_et_seiller_relatif_a_la_prevention_lefficacite_lequite_et_la_maitrise_des_arrets_de_travail_-_20.02.2019.pdf

Ce rapport, intitulé « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail », développe neuf constats et vingt propositions visant à mobiliser l'ensemble des acteurs sur la problématique des arrêts de travail. Il s'agit notamment : d'encourager les mesures de prévention primaire, en fournissant aux entreprises des informations leur donnant des points de comparaison pour mettre en place un plan d'actions adapté; de renforcer les actions de prévention de la désinsertion professionnelle pour réduire la durée des arrêts longs et favoriser le retour à l'emploi; de donner de meilleurs outils aux médecins pour une prescription pertinente des arrêts de travail ; d'offrir des alternatives à l'arrêt de travail, tels que le télétravail au choix du salarié, et de rénovier les règles de contrôle ; d'améliorer l'équité du système d'indemnisation, notamment en faveur des salariés les plus précaires, tout en allégeant les tâches de gestion.

Lonne, M. (2019). Histoire de l'éducation thérapeutique du patient. Limoges Université de Ilmoges, Université de Limoges. Limoges. FRA. **Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine** : 78, fig.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) s'impose comme une réponse indispensable au développement des maladies chroniques. Nombres d'études lui sont consacrées, et confirment pour la plupart ses bénéfices indéniables. Loin de la simple information, elle permet au patient d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion de sa maladie et à l'optimisation de sa qualité de vie. Les soignants formés s'aident de programmes structurés, et s'appuient sur une communication adaptée afin de développer une relation de qualité, nécessaire au bon déroulement du programme. Outre la médecine, l'ETP puise dans de nombreuses disciplines. La socio-anthropologie étudie la relation médecin-patient et apporte la notion de contextualisation. La psychologie permet d'accompagner au mieux le patient selon les stades d'acceptation de la maladie. La pédagogie procure plusieurs techniques d'apprentissage. Les nouvelles technologies fournissent des outils complémentaires. Enfin, l'art peut être une puissante thérapie. Historiquement, bien que l'on trouve des précurseurs comme Raspail au XIX^{ème} siècle ou Joslin au début du XX^{ème}, on considère que l'ETP est née en 1922 avec l'insulinothérapie et la chronicisation du diabète. S'en suivent d'autres progrès médicaux permettant de chroniciser d'autres pathologies. Tandis que les médecins réalisent qu'ils ne peuvent être en permanence auprès des patients pour leur prodiguer les soins quotidiens, ces derniers réclament plus d'autonomie et s'organisent en associations. L'ETP devient alors une nécessité. Miller et Goldstein en 1972 objectivent les bénéfices médicaux et économiques engendrés par l'ETP. Des programmes se développent, des services hospitaliers y sont dédiés. Finalement les instances gouvernementales

montrent un intérêt grandissant pour l'ETP, qui aboutit à son inscription dans la loi Hôpital Patient Santé Territoires en 2009.

Panot, S., Mispelblom, Beyer, F. et Girardot, L. (2019). "Quand l'éducation thérapeutique interroge le "coeur de métier" des médecins généralistes." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **15**(7) : 318-323.

L'éducation thérapeutique des patients (ETP), souvent dispensée sous forme de programmes dans le cadre de réseaux de santé, met en lien le Médecin généraliste (MG) avec de nombreux autres professionnels de santé. Elle suggère des modifications dans la façon d'exercer au quotidien, d'adopter une posture éducative plutôt que prescriptive, d'interagir différemment et plus étroitement avec les autres professionnels de santé, de se familiariser avec de nouveaux outils de communication entre professionnels. Cet article s'intéresse aux interrogations et doutes des MG lors de cette mise en pratique de l'ETP au sein d'un dispositif dédié à la prise en charge de patients diabétiques ou, plus généralement, présentant des facteurs de risques cardiovasculaires. Globalement l'ETP questionne les pratiques, interpelle les MG dans l'idée qu'ils se font de leur métier, de ce qui leur est légitime de faire ou non, amène des changements effectifs de postures, et modifie en « mieux » les rapports avec les autres professionnels de santé.

2018

Ali-Kada, A., Charles, R., Valee, J., et al. (2018). "Education thérapeutique du patient diabétique en médecine générale." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(10) : 457-462.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/education_therapeutique_du_patient_diabetique_en_medecine_generale_313678/article.phtml

L'éducation thérapeutique occupe une place importante dans le suivi et la prise en charge du patient diabétique de type 2, et doit lui permettre d'acquérir une réelle autonomie. Cet article a pour objectif de décrire les pratiques d'éducation thérapeutique des généralistes auprès de leurs patients diabétiques à partir d'une enquête réalisée par voie postale auprès de 50 % des médecins généralistes du Loiret et de l'Indre. Le taux de réponse a été de 51,5 %, soit 24,6 % des généralistes des deux départements ; 96,90 % des médecins généralistes répondants disaient pratiquer l'éducation thérapeutique ; 72,56 % estimaient manquer de temps ; 56,73 % la définissaient comme un enseignement concernant majoritairement le savoir (95,87 % de ceux qui parlent d'enseignement) ; 53,80 % des niveaux de négociation étaient du type dépendance/expertise. Les médecins adhérant à un réseau insistaient davantage sur le partenariat, le dialogue et l'écoute et étaient plus nombreux à avoir un type de négociation partenariat/coopération (81,25 % de ces médecins disaient utiliser le réseau comme ressource d'éducation) que les médecins hors réseau. Pour améliorer l'éducation thérapeutique de leurs patients, 21,64 % des médecins souhaitaient plus de temps et 15,79 % étaient demandeurs de plus de structures ou de leur amélioration. Les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et connaissent peu ou mal les outils qu'ils peuvent proposer, alors qu'ils en utilisent sans doute déjà, et les structures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer. Les méthodes d'éducation thérapeutique au cours de consultations de médecine générale prennent peu de temps, mais nécessitent des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui ne sont pas enseignés en formation initiale. Une formation spécifique à l'éducation thérapeutique doit être réalisée dans le cursus universitaire et en formation continue. Le temps nécessaire à ces pratiques doit être reconnu et valorisé. Les médecins peuvent s'appuyer sur des structures existantes : services hospitaliers, réseaux, maisons du diabète. De nouvelles coordinations des tâches sont à développer autour de l'autonomie des patients.

Berard, E., Bongard, V., Haas, B., et al. (2018). "L'adhésion aux recommandations européennes de prévention cardiovasculaire est associée à une diminution de la mortalité totale et cardiovasculaire en France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh) (10).

Contexte – Les recommandations de prévention cardiovasculaire font la promotion d'une hygiène de vie saine et du contrôle des facteurs de risque afin de diminuer le risque cardiovasculaire. L'impact de

l'adhésion à ces recommandations sur la mortalité totale et cardiovasculaire n'est pas bien connu.
L'impact de l'adhésion aux

Fournier, C., Naiditch, M., Frattini, M. O., et al. (2018). "Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique de leurs patients ?" Sante Publique **30**(1 suppl) : S71-S80.

Cette recherche vise à comprendre de quelle manière et à quelles conditions les médecins généralistes contribuent à l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique (ETP). Une enquête, se référant à la sociologie interactionniste, a été conduite à partir de récits de pratiques auprès d'un échantillon diversifié de 32 médecins. Ces derniers sont affiliés à des réseaux, maisons ou pôles de santé liés au Pôle de ressources en ETP d'Île-de-France, inscrivant cette étude dans un contexte a priori favorable à l'ETP, dont témoigne aussi le fait que plus de la moitié sont sensibilisés ou formés à l'ETP.

Fournier, C. (2018). "Éduquer les patients, transformer les soignants." Les Grands Dossiers Des Sciences Humaines(53) : 48-49.

[https://www.scienceshumaines.com/eduquer-les-patients-transformer-les-soignants_fr_40183.](https://www.scienceshumaines.com/eduquer-les-patients-transformer-les-soignants_fr_40183.html#achat_article)

[html#achat_article](https://www.scienceshumaines.com/eduquer-les-patients-transformer-les-soignants_fr_40183.html#achat_article)

Les maladies chroniques sont en forte augmentation. Pour les patients qui en sont atteints, il est essentiel d'apprendre à vivre avec. C'est tout l'objectif des activités d'éducation thérapeutique.

Fournier, C., Naiditch, M. et Frattini, M. O. (2018). "Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à un accès plus équitable à l'éducation thérapeutique ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(6) : 268-272.

En France, le droit à bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrit dans le Code de la santé publique depuis 2009. Le système d'autorisation des programmes d'ETP instauré par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a abouti à la constitution d'une offre essentiellement hospitalière et l'accès aux programmes d'ETP reste globalement faible : en 2015, 3 736 programmes étaient autorisés pour environ 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques. Dans cet article, nous qualifions d'« ETP » les pratiques mises en oeuvre dans le cadre de programmes autorisés et nous appelons « pratiques éducatives » celles développées au sein de consultations médicales. La dimension éducative est repérée lorsque les médecins déclarent s'appuyer sur le vécu et l'expérience du patient pour l'aider à développer des compétences d'auto-soin et d'adaptation, en construisant des objectifs personnalisés réévalués d'une consultation à l'autre. Au-delà de quelques travaux sur l'ETP en ambulatoire et sur son intégration aux soins, les pratiques éducatives individuelles restent peu étudiées et leur formalisation n'a été envisagée que récemment. En parallèle, dans la continuité de la loi HPST, la Loi de santé de 2016 énonce l'objectif de « garantir un accès aux soins équitable ». Or on sait que les personnes appartenant aux catégories les moins favorisées de la population, et qui supportent la plus grande part du fardeau lié aux maladies chroniques, ont un accès moindre à la fois aux soins et à la prévention. Considérant que l'ETP serait à même de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, on peut donc se demander s'il existe des inégalités d'accès à une prise en charge éducative, et si oui, si les médecins généralistes sont en mesure de contribuer à réduire ces inégalités d'accès, comme cela a été montré pour d'autres interventions de santé publique. Cet article synthétise les résultats d'une recherche dans laquelle des médecins ont été interrogés successivement sur : leurs pratiques éducatives ; l'accès donné à d'autres ressources éducatives ; la façon dont ils appréhendent les caractéristiques sociales de leurs patients et l'influence des inégalités sociales sur leur travail éducatif ; les solutions qu'ils développent ou envisagent pour contribuer à plus d'équité d'accès à une démarche éducative ou d'ETP.

Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique, Paris : l'Harmattan

Cet ouvrage présente les différentes politiques de santé publique entreprises en France, sous leurs aspects médicaux (la vaccination, lutte contre les addictions) et non médicaux (veille épidémiologique, campagne de sensibilisation à l'amélioration de l'alimentation...). L'auteur fait état des avancées françaises et propose des pistes de réflexion pour une sensible amélioration de la situation actuelle.

2017

Buffet, A. L. (2017). Principaux résultats de consultations des patients âgés de 65 ans et plus consultant en médecine générale ? : étude ancillaire de l'étude nationale ECOGEN. Dijon Université de Bourgogne, Université de Bourgogne. UFR des sciences de santé. Dijon. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine** : 56, tabl., fig., annexes.

Fournier, C., et al. (2017). "Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques." SANTE EDUCATION : JOURNAL DE L'AFDET **27**(1) : 7-9.

<https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2017/04/afdet-04-2017-ok.pdf>

Cet article analyse la dimension éducative de la pratique des médecins généralistes au cours des consultations menées avec des personnes atteintes de maladies chroniques.

Grall, G., et al. (2017). "L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **13**(6) : 254-260.

L'hésitation vaccinale est le concept désormais consacré par l'OMS pour caractériser l'influence des attentes et des craintes des populations sur leurs décisions vaccinales. Elle menace l'efficacité des programmes contemporains de vaccination. Dans ce contexte, les professionnels ambulatoires sont-ils affectés en pratique ? Quelles habiletés sociales doivent-ils développer ? Comment interagissent-ils avec les diverses craintes du moment ? Cet article tente d'éclairer le concept d'hésitation vaccinale par une revue de la littérature et une enquête réalisée en Gironde et dans la Loire en 2016 auprès de médecins de soins primaires avec ou sans exercice particulier (médecines à exercice particulier [MEP]). Des pistes d'amélioration des pratiques seront proposées dans le prochain numéro.

Le Maréchal, M., et al. (2017). "Quelles mesures sont perçues comme utiles par les médecins généralistes français pour améliorer leurs pratiques vaccinales ? Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Hors série) : 36-40.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xlpGDr. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : en France, les couvertures vaccinales restent sub-optimales pour certains vaccins. L'objectif était d'identifier les mesures perçues comme utiles par les médecins généralistes (MG) pour améliorer leur pratique vaccinale quotidienne. Méthodes : en 2014, une enquête transversale par questionnaire sur la vaccination a été menée auprès d'un échantillon national représentatif de 1 582 MG français. Résultats : les MG ont très majoritairement considéré comme utiles les campagnes d'information grand public sur les vaccins (81 %), ainsi que les argumentaires sur les bénéfices et les risques de chaque vaccin élaborés à leur intention (79 %) ou à celle de leurs patients (78 %). Une majorité (61 %) accepterait de déléguer l'administration autonome de vaccins à un (e) infirmier (e). Conclusion : ces données confortent certaines des propositions faites dans des rapports récents au plan national (Programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, Rapport Hurel, Rapport de la concertation citoyenne).

Marty, L., et al. (2017). "Recherche en éducation thérapeutique : quelle place pour les praticiens de l'ETP ?" SANTE EDUCATION : JOURNAL DE L'AFDET **27**(1) : 33-35.

<https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2017/04/afdet-04-2017-ok.pdf>

Le congrès 2017 de l'Afdet proposait un atelier « Recherche en éducation thérapeutique : quelle place pour les praticiens de l'ETP ? », issu d'un constat : de nombreux acteurs de terrain ont maintenant une expérience développée en ETP ; formés, documentés, ils sont en mesure de participer activement à la recherche autour de l'éducation thérapeutique – et ils en expriment le désir. Le congrès annuel de l'Afdet, sa revue, et plus largement les formations que l'association propose sont des espaces où les acteurs de l'ETP peuvent exposer et partager les connaissances acquises dans leur pratique. Le contexte général de l'organisation des savoirs se développe dans le même sens : on assiste aujourd'hui à l'émergence de démarches de co-construction de connaissances entre praticiens et chercheurs, qui sont proches de la co-construction de l'ETP entre soignants et patients. Les acteurs de

terrain sont de plus en plus souvent associés à des recherches de type « recherche-action collaborative », « recherche interventionnelle », etc.

Telliez, D. (2017). "Les pratiques documentaires des professionnels de santé dans le domaine de l'éducation du patient : le cas du Cerfep." *I2D – Information, données & documents* 54(4) : 43-52.

<https://www.cairn.info/revue-i2d-information-donnees-et-documents-2017-4-page-43.htm>

Cette étude s'intéresse aux besoins informationnels et pratiques documentaires des professionnels de santé dans le domaine de l'éducation du patient. Elle s'appuie sur une enquête quantitative menée par le Centre de Ressources et de Formation à l'Éducation du Patient (Cerfep) de la Carsat Nord-Picardie. Les résultats ont permis l'optimisation des services documentaires du Cerfep.

Vallee, J., et al. (2017). "Analyse des procédures vaccinales en soins premiers." *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* 13(5) : 211-218.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, a été menée, d'octobre 2013 à mars 2014, auprès de 24 médecins généralistes, en région Rhône-Alpes. L'apprentissage de la technique vaccinale est absent de la formation initiale théorique des MG. La recherche de contre-indications et l'obtention d'un consentement du patient ou de ses parents sont de mise. Il existe des failles de vérifications pré-vaccinales favorisées par la délivrance anticipée par le pharmacien. Les résultats de cette enquête soulignent des failles dans la pratique des médecins généralistes, si on se base sur le référentiel 2013 en vigueur. L'analyse de la procédure vaccinale en MG montre en effet l'existence de choix, d'incidents, erreurs ou fautes volontaires ou involontaires, conscientes ou inconscientes. Cette procédure pourrait être mieux enseignée, améliorée au moyen d'une liste de vérifications au bénéfice des patients et vaccinateurs.

2016

(2016). Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. *Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire ; 13*. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, fig., tabl.

L'enquête menée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire montre qu'une large majorité d'entre eux s'investissent dans la promotion de l'activité physique auprès de leurs patients : 97 % estiment avoir pour rôle de les encourager à augmenter leur niveau d'activité physique et 60 % indiquent aborder régulièrement cette question avec chacun d'entre eux. La plupart des généralistes (76 %) considèrent en outre que la prescription d'activité physique à visée de prévention fait partie de leurs missions et 20 % déclarent faire au moins de temps en temps ce type de prescription. Pour ces derniers, la prescription prend le plus souvent la forme de conseils d'ordre général ou d'objectifs chiffrés à atteindre. Si la majorité (73 %) des généralistes ont le sentiment d'être efficaces pour améliorer le comportement de leurs patients en matière d'activité physique, les besoins des praticiens dans ce domaine restent néanmoins importants : près de 70 % estiment notamment que la mise à disposition de brochures d'information ou d'outils d'évaluation de l'activité physique leur permettrait d'améliorer leurs pratiques dans ce domaine.

Martinez, L., et al. (2016). "L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination)." *Sante Publique* 28(1) : 19-32.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8sD9R0xn. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude exploratoire qualitative a permis d'identifier des facteurs comportementaux et organisationnels qui influencent, favorablement ou défavorablement, l'attitude des MG vis-à-vis de la vaccination. Celle-ci est variable selon les maladies et les vaccins.

2015

(2015). Attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire ; 12. Nantes ORS Pays de la Loire : 8, fig., tabl.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2015_PDF/2015_panel3_mg_vaccination_12.pdf

Dans un contexte national marqué par l'accélération des controverses sur l'efficacité et les risques supposés de certains vaccins, l'enquête menée en 2014 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire permet de dresser un état des lieux des opinions et des pratiques actuelles de ces professionnels en matière de vaccination. Le constat régional reste rassurant. Une large majorité des médecins généralistes ligériens déclarent être très favorables à la vaccination (81 %). Près de neuf praticiens sur dix considèrent en outre que leur rôle est d'inciter leurs patients à se faire vacciner même si ceux-ci sont réticents. Toutefois, une proportion importante des généralistes font part de leurs incertitudes : 60 % ne s'estiment pas à l'aise pour échanger avec leurs patients sur le rôle des adjuvants vaccinaux et, plus généralement, un praticien sur cinq ressent un besoin de formation sur la vaccination. Par ailleurs, certains profils de médecins, en particulier ceux pratiquant de manière occasionnelle un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...), sont nettement moins enclins aux pratiques de vaccination. Ainsi, certaines vaccinations recommandées apparaissent ne pas être proposées de manière systématique par tous les généralistes.

Agamaliyev, E. et Mikol, F. (2015). "Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes." Etudes et Resultats (Drees) (910) : 8.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE tiktR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis près de deux siècles, la vaccination, mode de prévention essentiel des maladies infectieuses, a largement contribué à diminuer la mortalité et la morbidité qui leur sont associées. Les médecins généralistes jouent un rôle pivot dans la vaccination de la population en France. La quasi-totalité des médecins interrogés dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville sont favorables à la vaccination en général, et la très grande majorité fait confiance aux sources officielles. Cependant un tiers d'entre eux préfère se fier à son propre jugement, et les médecins ne se sentent pas toujours en confiance pour informer leurs patients sur certains aspects des vaccins, comme les adjuvants. Près d'un quart d'entre eux émet des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins. Ce scepticisme, conséquence notamment des récentes controverses comme celle liée à la pandémie A/H1N1, est susceptible de contribuer à l'insuffisance de certaines couvertures vaccinales en France.

Ammi, M. et Peyron, C. (2015). Heterogeneity In General Practitioner's Preferences for Quality Improvement Programs: A Choice Experiment And Policy Simulation in France. Working paper series ; 150020. Toronto Canadian Centre for Health Economics : 37, tabl., fig.

Despite increasing popularity, quality improvement programs (QIP) have had modest and variable impacts on enhancing the quality of physician practice. We investigate the heterogeneity of physicians' preferences as a potential explanation of these mixed results in France, where the national voluntary QIP - the CAPI - has been cancelled due to its unpopularity. We rely on a discrete choice experiment to elicit heterogeneity in physicians' preferences for the financial and non-financial components of QIP. Using mixed and latent class logit models, results show that the models should be used in concert to shed light on different aspects of the heterogeneity in preferences. In particular, the mixed logit demonstrates that heterogeneity in preferences is concentrated on the pay-for-performance component of the QIP, while the latent class model shows that physicians can be grouped in four homogenous groups with specific preference patterns. Using policy simulation, we compare the French CAPI with other possible QIPs, and show that the majority of the physician subgroups modelled dislike the CAPI, while favouring a QIP using only non-financial interventions. We underline the importance of modelling preference heterogeneity in designing and implementing QIPs.

Gautier, A., et al. (2015). "Vaccination contre l'hépatite B : perceptions et pratiques des médecins généralistes, France, 2014." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(26-27) : 492-498.

[BDSP. Notice produite par InVS pR0xJo9H. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : cet article

décrit les perceptions et pratiques de vaccination contre l'hépatite B des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine. Méthodes : un échantillon aléatoire de 1 582 médecins généralistes exerçant en France métropolitaine a été interrogé par téléphone entre avril et juillet 2014. Résultats : la majorité des médecins interrogés (90,3 %) déclaraient avoir été complètement vaccinés contre l'hépatite B. Les trois quarts des médecins, parents d'enfant (s) de 2 à 24 ans, déclaraient que leur (s) enfant (s) était (en) t bien vacciné (s) contre l'hépatite B. Pour 16,6 %, aucun enfant ne l'était. La moitié des généralistes estimait obtenir facilement l'adhésion à cette vaccination pour les adolescents non vaccinés. Le lien entre le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques était jugé "pas du tout probable" par 48,0% des médecins et "peu probable" par 40,3 %. La proposition de la vaccination contre l'hépatite B chez l'adolescent était systématique pour un tiers des médecins (34,0 %). Un sur 10 ne la proposait "jamais". La moitié des médecins interrogés (51,9%) déclarait "toujours" détailler les maladies ciblées par le vaccin hexavalent quand ils le proposaient ; un médecin sur cinq déclarait le faire "parfois" ou "jamais". Conclusion : si la majorité des médecins sont confiants vis-à-vis de la sécurité du vaccin contre l'hépatite B, ils perçoivent leur patientèle comme réticente vis-à-vis de cette vaccination. Apporter aux médecins les arguments nécessaires pour faciliter l'adhésion à cette vaccination semble ainsi indispensable.

2014

Dreux, C. (2014). "La culture de prévention en santé : des questions fondamentales." Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine **197**(7) : 1437-1465.

Ce rapport exprime la position officielle de l'Académie nationale de médecine sur la prévention en santé. Il ne prétend pas être exhaustif car de nombreux textes généraux sur la prévention en santé sont déjà parus et figurent dans les bases documentaires. Il a essentiellement pour but d'alerter les pouvoirs publics décisionnels sur les moyens à mettre en oeuvre pour développer, en France, une véritable culture de prévention dans le domaine de la santé. En effet, il n'y a pas vraiment en France une politique de prévention, car la nécessité de réduire les coûts de santé conduit depuis de nombreuses années à privilégier le financement des soins sur la prévention.

Fournier, C. et Attali, C. (2012). "Education (thérapeutique) du patient en médecine générale." Medecine : Revue De L'unaformec **8**(3) : 123-128.

Ce texte résume les éléments présentés dans une keynote au 5e Congrès de médecine générale de Nice, le 25 juin 2011, en introduction de la session « Réaliser l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale » co-organisée par Éric Drahi et Yves le Noc (SFDRMG) et Isabelle Cibois-Honorat (MG-Form). Il s'agissait dans un premier temps de décrire à partir de données quantitatives et qualitatives récentes les pratiques et souhaits des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique patient (ETP), ainsi que les attentes des patients. Le second objectif était de présenter les recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour développer une ETP intégrée aux soins de premier recours, afin d'ouvrir la discussion sur la compatibilité de ces recommandations avec les fonctions de la médecine générale et avec les tâches que les médecins généralistes doivent effectuer pour remplir le rôle que la société attend d'eux.

2013

Traynard, P. Y., et al. (2013). Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire, Paris : Maloine

L'éducation thérapeutique du patient, pratique indissociable des soins reconnue par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009, vise à aider le patient à acquérir les compétences utiles pour vivre au mieux avec sa maladie et ses traitements. En reconnaissant à la personne malade sa place d'acteur dans les prises de décisions qui concernent sa santé, elle transforme durablement la relation soignant/patient. Initialement expérimentée et mise en oeuvre en milieu hospitalier, son déploiement, en ville et sur les territoires de santé pour le plus grand nombre des personnes atteintes de maladie chronique, constitue un véritable enjeu de santé publique. Pour partager leurs réflexions sur les

particularités de 'éducation thérapeutique en ville et sur le territoire, Pierre-Yves Traynard, médecin praticien, et Rémi Gagnayre, professeur des Universités, ont sollicité la réflexion et le témoignage de professionnels de santé, d'acteurs associatifs et d'universitaires, tous experts investis dans cette éducation. En alternant les descriptions de pratiques individuelles et collectives, les enseignements tirés d'expériences originales et les exposés sur l'état actuel des recherches, cet ouvrage apporte des éléments de réponse aux questions portant sur la place, l'organisation et l'évaluation de l'éducation thérapeutique réalisée hors des murs de l'hôpital. Il propose aussi une vision plus globale de l'éducation thérapeutique, partant de l'individu jusqu'à l'organisation territoriale, et montre comment l'inscrire désormais de manière durable dans les parcours de soins des personnes (4e de couverture).

2012

Badet-Phan, A., et al. (2012). "Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans." Pratiques Et Organisation Des Soins(4) : 261-268.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS FrR0xp77. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article était de déterminer les obstacles au dépistage du cancer du col chez les femmes de 50-65 ans en médecine générale, étape indispensable avant l'élaboration de mesures correctrices. Au-delà des freins au dépistage, cette étude qualitative permet de dégager des pistes intéressantes pour améliorer le taux de couverture par frottis : organisation du dépistage, meilleure information des patientes et des médecins, revalorisation des actions de prévention et implication d'autres professionnels de santé.

Bourgueil, Y., et al. (2012). "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (179) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

Dumesnil, H., et al. (2012). "La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville." Etudes et Resultats (Drees) (810) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er810.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8BR0xjr7. Diffusion soumise à autorisation]. Les deux tiers des médecins déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients. Neuf sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur cette prise en charge. Les stratégies de prise en charge de la dépression et leurs déterminants ont fait l'objet d'une enquête réalisée fin 2011 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville. La majorité des participants perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. Mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès : coût, délais de rendez-vous, réticence des patients. Dans la prise en charge de la dépression, les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère, lors desquels elle est particulièrement recommandée. Deux tiers d'entre eux proposent des antidépresseurs, associés par près de la moitié des prescripteurs à une psychothérapie. Les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques et personnelles des médecins et les caractéristiques sociodémographiques des patients, plus particulièrement lors de dépressions d'intensité légère.

Launay, K. (2012). L'éducation thérapeutique du patient en médecine générale. Bobigny Université de Paris 13, Faculté de Médecine de Bobigny, Université de Paris 13. Faculté de Médecine de Bobigny. Bobigny. 99, ann.

L'éducation thérapeutique se développe en France face à la double nécessité d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et de maîtriser les dépenses de santé. C'est un processus éducatif continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Cette thèse a pour objectif d'étudier les pratiques et les connaissances de médecins généralistes installés en Seine-Saint-Denis en terme d'éducation thérapeutique. Un questionnaire auto-administré a donc été adressé à 150 médecins généralistes, les interrogeant sur leurs connaissances, leurs pratiques et leurs attentes face à l'ETP. La nature du questionnaire (auto-administré) et la taille restreinte de notre échantillon constituent des limites à cette étude. Les résultats montrent cependant que l'ETP est intégrée aux pratiques quotidiennes des médecins généralistes mais la conception qu'ils en ont reste néanmoins centrée sur l'information sans intégrer ses dimensions pédagogiques et psycho-sociales. Comme dans les autres études sur le sujet, le manque de temps mais aussi le manque de formation et le mode de rémunération représentent les principaux freins à la pratique éducative. Un des défis à relever pour le développement de l'ETP est donc de promouvoir la formation médicale initiale et continue dans ce domaine. Autre défi, la valorisation financière doit inventer un nouveau mode de rémunération en associant par exemple la reconnaissance de consultations longues (diagnostic éducatif et bilan d'évaluation des acquis) à une rémunération forfaitaire pour les séances d'ETP. Ces 2 éléments (formation et valorisation financière) participeront à l'intégration durable de l'ETP à notre système de soins. Le médecin généraliste formé et reconnu pour son rôle d'éducateur sera l'un des principaux garants de ce développement.

Pellet, F. et Picard, J. M. (2012). Place d'une consultation infirmière de suivi de patients atteints de maladie chronique dans les maisons et pôles de santé en France. Quelques éléments de réflexion et perspectives tirés d'une enquête (09/2011). Les Vans Unité transversale d'éducation et de promotion de la santé du Pays des Vans : 96 + annexes, tabl., fig.

Cette étude avait pour but de connaître, par le biais d'une enquête comment les médecins généralistes et les infirmier(e)s se représentaient la consultation infirmière dans les maisons et pôles de santé. Elle s'est surtout centrée sur les consultations en lien avec la prévention, la santé publique, l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé qui s'appuient sur le rôle propre de l'infirmier(e). Cet état des lieux comportait, entre autres, une évaluation de la place accordée à une démarche de soins basée sur la classification internationale des diagnostics, interventions et résultats de soins infirmiers, aux représentations de l'éducation et de la santé, mais aussi à la place attribuée aux concepts de santé, d'éducation et aux théories infirmières.

Preel, J. L. (2012). Rapport d'information sur la prévention sanitaire. Paris Assemblée nationale : 394.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4334.pdf>

Malgré les objectifs ambitieux fixés dans la loi de santé publique d'août 2004 et l'intervention de très nombreux acteurs, au premier rang desquels l'assurance maladie, les résultats de la politique de prévention sont décevants. Le système de santé orienté essentiellement vers le curatif aurait négligé le préventif. Après trois mois d'audition et avec l'assistance de la Cour des comptes, la MECSS a pu identifier plusieurs difficultés : des priorités trop nombreuses et mal identifiées, une absence de pilotage tant national que local, une coordination insuffisante entre les acteurs qui concourent à la prévention, une diffusion parcellaire des données de santé. Pour pallier ces difficultés, la MECSS fait trente-six recommandations. Elle préconise de redéfinir un véritable pilotage politique sur le fondement d'une nouvelle loi quinquennale de santé publique qui fixera quatre priorités : la lutte contre le tabac, l'alcool, la sédentarité et la surcharge pondérale. Chargé de mettre en oeuvre ces priorités, la mission recommande d'instituer un délégué interministériel à la prévention sanitaire rattaché au Premier ministre qui coordonnera l'ensemble des acteurs. La MECSS recommande également de favoriser l'échelon local, le plus à même d'agir au plus près des besoins de la population. Pour ce faire, la mission d'évaluation des expériences locales et de coordination confiée aux agences régionales de santé doit être renforcée et le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie doit être conforté. La complémentarité entre les différents acteurs doit aussi être renforcée dans les domaines de la santé au travail et de la santé scolaire. L'ensemble ne pourra

fonctionner que si les échanges des données de santé sont facilités. Par ailleurs, au quotidien, la prévention doit privilégier des approches innovantes en matière d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique, tout en améliorant les actions traditionnelles. Comme le prévoit l'article L.O. 111-9-3 du code de la sécurité sociale, les préconisations de la MECSS sont notifiées au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale concernés, lesquels sont tenus d'y répondre dans un délai de deux mois.

2011

(2011). "Médecins généralistes et dépistage des cancers : synthèses des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA." 20, tabl., graph., fig.

En raison de leur place centrale dans le système de soins et de leur rôle de premier plan en matière d'information et d'orientation du patient, les médecins généralistes sont des acteurs essentiels du dépistage des cancers ; ce rôle a été réaffirmé dans le Plan cancer 2009-2013 (mesure 16). L'Institut national du cancer, en lien avec un groupe d'experts, a souhaité conduire une étude pour mieux connaître les opinions, les connaissances et les pratiques déclarées des médecins généralistes sur les différents dépistages. Cette publication présente les résultats de l'enquête INCa/BVA, réalisée en septembre 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 600 médecins généralistes.

Beck, F., et al. (2011). "Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* 59(5) : 285-294, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA EROxE9kB. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Proposer un état des lieux du repérage des pratiques addictives en médecine générale et analyser son évolution depuis la fin des années 1990. Méthodes : L'étude s'appuie sur l'enquête téléphonique "Baromètre santé Médecins Généralistes" (n=2083), décrivant les pratiques des praticiens libéraux en matière de prévention. Résultats : Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient pour l'alcool, ils sont 23 % à le déclarer et 8 % pour le cannabis, consommations pour lesquelles le repérage se fait de manière moins systématique : environ 70% déclarent ne les aborder qu'avec certains patients jugés "à risque". Un tiers déclare utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la dépendance tabagique, alors qu'ils n'étaient que 6% en 2003. Seuls 13 % des médecins ont recours à des questionnaires standardisés pour repérer les consommations problématiques d'alcool. Cette pratique apparaît toutefois en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003). Elle s'avère plus fréquente parmi les médecins qui appartiennent à un réseau d'addictologie, mais aucun lien n'est retrouvé ni avec le sexe, ni avec l'âge ni avec le lieu d'exercice. L'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis ne concerne que 2 % des généralistes. La prise en charge des usagers de cannabis apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder cette question sans attendre une demande du patient. La part des médecins déclarant avoir vu un patient pour un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours est stable depuis 2003, après une hausse très significative entre 1998 et 2003. La part de ceux déclarant avoir vu au moins un patient pour un sevrage alcoolique (52 %) est stable depuis 1998. Conclusion : Cette étude illustre la diffusion des pratiques de prise en charge du sevrage tabagique et, dans une moindre mesure, de repérage des usages d'alcool et de cannabis, ainsi que le recours croissant aux outils d'aide au repérage de la dépendance en médecine générale. De telles pratiques s'avèrent très liées à la facilité à aborder ces consommations, elle-même liée au fait de pouvoir s'appuyer sur des directives institutionnelles ou des outils de repérage validés. Il apparaît ainsi important d'encourager la mise en place, en consultation, d'une démarche éducative incluant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). (résumé d'auteur).

Bournot, M. C., et al. (2011). Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : perception des médecins généralistes des Pays de la Loire. Nantes ORS Pays de la Loire : 12, tabl., fig.

Ce document présente les résultats d'une enquête menée en 2009 auprès de 450 praticiens de la région faisant partie du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine

générale. Il décrit leurs connaissances et perceptions en matière d'hospitalisation à domicile. Il analyse leur intérêt pour l'éducation thérapeutique et sa mise en oeuvre en médecine ambulatoire. Il apporte enfin des informations sur les pratiques concernant l'accès au dossier médical et l'utilisation des directives anticipées.

Gautier, A., et al. (2011). "Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention." Actualité Et Dossier En Santé Publique(77) : 6-10, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP A8HqsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La sixième enquête "Baromètre santé médecins généralistes" menée par l'Inpes de novembre 2008 à janvier 2009 a permis de recueillir des informations sur le rôle des généralistes en matière de prévention et dépistage. Les praticiens se sont exprimés sur leur rôle, sur leurs pratiques et sur les éléments qui leur permettraient de mieux remplir leur mission de prévention. Si leur implication est particulièrement forte dans certains domaines tels que le tabagisme, en revanche, ils soulignent leurs difficultés à aborder avec leurs patients des sujets tels que la vie affective et sexuelle ou l'usage de drogues illicites.

Gautier, A. d. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009, Saint-Denis : INPES

Ce Baromètre santé décrit les perceptions et les comportements des généralistes en matière de vaccination, de dépistage des hépatites virales et du VIH, de prise en charge des problèmes d'addiction. Pour la première fois, il aborde la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou encore la formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique du patient. Il permet ainsi de mieux connaître les attentes des médecins, mais aussi les freins à certaines pratiques. Outre une analyse des données chiffrées et de leur évolution dans le temps, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre l'implication des médecins généralistes dans le domaine de la prévention.

Groppi, M., et al. (2011). "Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ?" Medecine : Revue De L'unaformec 7(2) : 83-86.

La prise en charge des troubles liés à la consommation de l'alcool ne peut être que globale et pluridisciplinaire, alliant médical, psychologique et social. Elle relève des soins primaires. Objectif : analyser la perception des généralistes lorsqu'ils abordent le facteur de risque « alcool » et la manière dont ils prennent en charge ce problème, leurs difficultés et les obstacles rencontrés. Méthode : Étude qualitative auprès de 85 médecins généralistes français exerçant en libéral. Résultats : 70 % des généralistes interrogés ne se sentent pas gênés pour parler d'alcool avec leurs patients (lorsqu'il existe une gêne, elle n'est pas liée à l'âge, au sexe ou à l'existence d'une formation ou non). 93 % pratiquent la prévention et l'information pour les problèmes d'alcool et 88 % le dépistage ; 50 % demandent un bilan sanguin, 55 % prennent en charge eux-mêmes les mésusages d'alcool plutôt que de les orienter vers un confrère. Les difficultés ressenties sont le manque de compliance des patients (64 %), le taux élevé de rechutes (60 %), le manque de rémunération par rapport au temps passé (48 %), puis les délais trop longs des structures adaptées et le manque de référents hospitaliers en alcoologie. Discussion : L'alcool n'apparaît pas en soi comme un facteur de rupture de confiance entre le patient et son médecin généraliste. Les difficultés et obstacles rencontrés sont liés à la chronicité de la pathologie. À cette complexité s'ajoutent les difficultés d'une prise en charge nécessitant temps et écoute. Conclusion : Les généralistes considèrent de leur devoir d'effectuer le dépistage et la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool. Ils sont les médecins de premiers recours dans la prise en charge globale des problèmes liés à l'alcool. (résumé de l'éditeur).

Paraponaris, A., et al. (2011). "Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises." Etudes et Resultats (Drees) (753) : 8, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er753.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xABr8q. Diffusion soumise à autorisation]. La cinquième vague du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la

Loire) portait à l'été 2009 sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur l'hospitalisation à domicile (HAD). Neuf médecins interrogés sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Une majorité accepterait aussi de les déléguer à des professionnels non médicaux formés. L'hospitalisation à domicile est un dispositif apprécié des médecins interrogés, même si 55 % d'entre eux indiquent que ce service n'est pas présent dans leur zone d'exercice. Un tiers des généralistes du panel ont prescrit une HAD au cours des 12 derniers mois, plus souvent ceux qui adhèrent à un réseau de santé et se réfèrent aux recommandations de bonne pratique. Neuf praticiens sur dix se disent satisfaits de la qualité de la prise en charge, les autres invoquant notamment la lourdeur des démarches administratives.

Parent, S. (2011). Le statut social des enfants de 0 à 5 ans influe-t-il sur la prise en charge de leurs problèmes de santé ? A partir d'une étude réalisée en médecine générale. Paris SFMG. **Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine** : 80, tabl., fig., annexes.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/637/fichier_these_parentda41b.pdf

Sachant que la dégradation de la santé et de la situation sociale sont des processus intriqués souvent définis dès l'enfance et que, par ailleurs, les inégalités sociales de santé sont déterminées par la qualité des soins offerts, notre objectif était d'évaluer dans quelle mesure le statut social des enfants âgés de 0 à 5 ans pouvait avoir une influence sur leur prise en charge médicale. Cette thèse s'appuie sur une étude rétrospective analysant les pratiques de médecins généralistes exerçant dans un même cabinet. L'évaluation de celles-ci a reposé sur la prise en compte de différentes variables quantitatives : la vaccination, la prescription d'antibiotiques, celle d'exams complémentaires, l'établissement de certificats, le recours à un autre professionnel de santé et la prise en charge médicamenteuse lors d'un état fébrile. La population a été divisée en deux groupes enfants précaires et non précaires. Les résultats montrent que les enfants précaires avaient bénéficié de moins d'actes de prévention. Ils présentaient un nombre plus important de dermatoses. En revanche, la prescription d'antibiotiques et la prise en charge des états fébriles étaient comparables. Les autres variables étudiées présentaient des valeurs légèrement plus faibles pour les enfants précaires. Cette thèse conclut que, quel que soit leur statut social, les enfants précaires et non précaires avaient été pris en charge de façon similaire. Les disparités néanmoins constatées ne semblent pas pouvoir être attribuées à une attitude différenciée des médecins vis-à-vis de ces deux groupes.

2010

Cnamts (2010). "Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins." Point D'Information (Cnamts) : 14.

Comme dans la plupart des pays développés, le diabète représente en France un enjeu de santé publique majeur : 2,5 millions de personnes diabétiques en France dont 8 sur 10 sont prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée. En matière de soins préventifs délivrés aux patients diabétiques, une étude récente du Commonwealth Fund montre que la France a encore du retard. Seuls 31% des adultes diabétiques ont un suivi complet comprenant les quatre examens recommandés que sont l'hémoglobine glyquée, l'examen des pieds, l'examen du fond de l'oeil et le bilan du cholestérol. D'autres pays comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont à 60 % voire à près de 70 % de patients bénéficiant d'un suivi complet. D'importants progrès restent à accomplir malgré les évolutions positives enregistrées ces dernières années dans la prise en charge des malades. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a fait de l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques l'une de ses actions prioritaires pour mieux prévenir l'apparition des complications, souvent très graves. Du côté des médecins, des indicateurs conformes aux référentiels de prise en charge du diabète ont été intégrés dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Avec sophia, l'Assurance Maladie poursuit l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et mieux prévenir les complications liées à leur maladie.

- Pour s'informer sur l'ensemble des évaluations des programmes Sophia, consulter la synthèse : « [La pertinence de soins en France](#) » sur le site de l'Irdes.

Bouee, S., et al. (2010). "Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(42-43) : 436-440.

[BDSP. Notice produite par InVS R0xIFDDj. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs - L'objectif était d'étudier, au regard des recommandations, les pratiques d'intensification des traitements hypoglycémifiants par les médecins généralistes chez les diabétiques de type 2. Méthodes - Les données utilisées proviennent d'un panel de médecins généralistes français. L'analyse a porté sur 17 493 patients traités par hypoglycémifiants oraux seuls avec au moins deux dosages d'HbA1c disponibles, parmi lesquels 3 118 (18 %) nécessitaient une intensification du traitement selon les recommandations actuelles. Ces patients ont été suivis pendant au maximum 14 mois ou jusqu'à la date de l'intensification. Les facteurs associés à cette dernière ont été identifiés avec un modèle de Cox. Résultats - Parmi les 3 118 patients nécessitant une intensification de traitement, 39% en ont bénéficié dans les 6 mois après un deuxième dosage d'HbA1c déséquilibré (59 % à 12 mois). La probabilité d'intensification était significativement associée à deux facteurs : plus le patient était jeune ou plus son niveau d'HbA1c au premier dosage disponible était élevé (jusqu'au seuil de 9 %), plus la probabilité d'intensification augmentait. Conclusion - L'inertie thérapeutique restait importante dans la prise en charge des diabétiques de type 2 en France en 2008-2009. Cette situation constitue un enjeu en termes de santé publique en raison des complications du diabète, dont le risque augmente avec le mauvais équilibre glycémique. (R.A.).

Leleu, H., et al. (2010). Addressing Inequalities in Regions: Literature review - Final report. S.I. AIR Project - Addressing Health Inequalities Interventions in Regions: 52, ann.

Socio-economic health inequalities are widening in Europe. Persons from low-socio economic groups die younger. They also have benefited less than high socio-economic groups of the mortality decline in the 80s and 90s. Several European projects, including Eurothine and Determine, have attempted to collect evidence on actions to reduce health inequalities. Similarly, the AIR project, Addressing Inequalities in Region, is aimed at providing evidence for policy makers on how to reduce socio-economic health inequalities. However, the AIR project focuses only on interventions in the primary care setting. The first part of the project is a systematic literature review of international and national academic literature on evaluated interventions in primary care to reduce socio-economic health inequalities. Articles selected in the review had to describe a primary care intervention defined as either an action on a primary care service (i.e. access to care and prevention for common disease, maternal care?) or on a health care organization associated with primary care (i.e. first contact, comprehensive, coordinated care?). It also had to report health outcome or process measures comparing socio-economic groups or for a particular socio-economic groups, defined by either ethnicity, income or education. The following databases were search between January 2000 and January 2010

Polton, D. (2010). "Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France." *Revue Française Des Affaires Sociales*(3) : 97-101.

Cet article présente la stratégie globale que l'assurance maladie française déploie depuis plusieurs années pour gagner en qualité et en efficacité dans le système de soins. Cette démarche s'appuie sur les soins primaires et les médecins traitants, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en constitue un des éléments.

Potvin, L. et al. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé, Saint Denis : INPES

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays d'Europe occidentale dont la France. Cet ouvrage est prioritairement destiné aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très

largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Guide d'aide à l'action rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités, son objectif est de mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets.

2009

Cnamts (2009). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention
https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23862/mod_resource/content/1/res/Art_Bilan_medecin_Traitant.pdf

Janvier 2005, la convention médicale met en place le médecin traitant. Ce nouveau dispositif prend rapidement sa place dans la vie des assurés : fin 2008, 85 % des assurés ont choisi un médecin traitant et le dispositif a permis d'enregistrer de réels progrès en termes de prévention.

Ammi, M., et al. (2009). Institutions, organisations et offre de prévention en médecine générale : une mise en perspective franco-québécoise. Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale., Paris : L'Harmattan : 57-70.

La faiblesse institutionnelle de la prévention en France, renforcée par des règles organisationnelles peu adaptées, limite fortement les activités préventives en médecine générale. La prévention est fortement institutionnalisée au Québec mais une majorité de médecins subit les règles organisationnelles qui en minorent l'efficacité.

Ammi, M. et Peyron, C. (2009). "Incitations à l'offre de prévention et préférences en médecine générale : l'apport de la méthode DCE." Economie Publique - Public Economics(24-25) : 129-155.
<http://economiepublique.revues.org/8486#article-8486>

L'objectif de cet article est de contribuer à la compréhension des préférences des médecins pour différents dispositifs, financiers ou non, susceptibles d'être implantés en France afin de favoriser la prévention en médecine de ville. La méthode du Discrète Choice Experiment (DCE) est mobilisée à travers une enquête menée auprès de 1 396 médecins qui permet d'analyser 3 390 observations. L'estimation économétrique de la fonction d'utilité des médecins est conduite dans le cadre d'un modèle Logit conditionnel, des dispositions à payer marginales sont également calculées. Nos résultats montrent que, si l'aspect financier est important dans les préférences des médecins, les aspects non financiers de leur environnement de travail (formation, guide de pratique, mode d'exercice, retour d'information) constituent des attributs très significatifs de leur fonction d'utilité. Ces résultats permettent à la fois de revenir sur le contenu d'une fonction d'utilité du médecin propre à modéliser ses choix d'activité et d'éclairer les politiques publiques à mettre en place en France pour accroître l'activité de prévention des médecins généralistes.

Batifoulier, P., et al. (2009). Disentangling extrinsic and intrinsic motivations: the case of French GPs dealing with prevention. EconomiX Working Papers; 2009-15. Paris Université de Paris 10: 16, tabl., fig.
http://economix.u-paris10.fr/pdf/dt/2009/WP_EcoX_2009-15.pdf

La littérature économique fait désormais une large place à l'analyse des « motivations professionnelles », examinant notamment les possibles effets d'éviction entre motivations extrinsèques et intrinsèques. Le présent article propose de transposer ces questions dans le champ des professions de santé, avec l'enjeu d'un juste dimensionnement du recours aux politiques de paiement à la performance par le décideur public. Nous mobilisons un panel de 528 médecins généralistes libéraux de la région « Provence Alpes Côte d'Azur » en France et proposons une décomposition statistique interindividuelle entre motivations extrinsèques et intrinsèques dans le domaine des actions de prévention. La part des motivations intrinsèques est relativement plus importante chez les médecins pratiquant les tarifs conventionnés. L'effet significatif de l'âge suit une courbe en U qu'on peut interpréter comme le résultat d'un « cycle de vie des motivations médicales » ou comme celui d'un

effet génération. Enfin, l'estimation économétrique établit une corrélation entre une faible part de motivation intrinsèque et le sentiment d'injustice concernant les réformes. La nature transversale des données ne permet pas de conclure quant au sens de la causalité, mais la relation mise en évidence semble bien alimenter la thèse selon laquelle la mise en place d'une politique basée sur les incitations monétaires à la performance est jugée comme désobligeante et peut s'accompagner d'une érosion des motivations intrinsèques dans le travail médical.

Baudier, F., et al. (2009). "Consultations et examens périodiques de prévention. Recommandations pour inscrire la prévention au coeur de la pratique du généraliste." Actualite Et Dossier En Sante Publique(68) : 4-6.

[BDSP. Notice produite par EHESP jmR0xloG. Diffusion soumise à autorisation]. La direction générale de la santé a saisi en 2008, le Haut conseil de la santé publique afin qu'une expertise soit réalisée sur la "question de l'intérêt des consultations de prévention dans les programmes de prévention". En mars 2009, un rapport a été publié, faisant un certain nombre de constats et de propositions. Elles ont été synthétisées sous la forme de dix recommandations. En France, les textes fondateurs de l'Assurance maladie évoquaient déjà la notion de consultation de prévention. Beaucoup plus récemment, les états généraux de la prévention ou les orientations adoptées par la Conférence nationale de la santé encourageaient une approche clinique dans ce domaine. D'ailleurs, les lois sur la santé d'août 2004 donnent un cadre législatif à cette orientation. Dans les perspectives et les préconisations le médecin traitant, médecin généraliste sont une cohérence au sein du dispositif législatif actuel et à venir.

Baudier, F., et al. (2009). Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Paris HCSP : 137.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConultPrev.pdf

Ce travail, rapporté par François Baudier, répond à une demande de la Direction générale de la santé, visant à promouvoir la prévention individuelle et à l'intégrer dans l'activité quotidienne des médecins libéraux. Les dix recommandations ont pour objectif de promouvoir au sein d'une nouvelle organisation de la santé de premier recours, des activités cliniques préventives qui : s'inscrivent dans un parcours de santé tout au long de la vie, avec une première consultation à l'adolescence, au moment de l'entrée dans le dispositif du médecin traitant ; reposent sur le généraliste, mais dans le cadre d'une coopération entre différents professionnels ; s'appuient sur des référentiels et des protocoles validés, actualisés et facilement appropriables (Haute Autorité de Santé et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) ; fassent l'objet d'un suivi coordonné pour permettre, à l'issue de ces consultations de prévention, un soutien adapté (individuel et collectif) et notamment pour les malades chroniques, de bénéficier de programmes d'éducation thérapeutique et d'actions d'accompagnement.

Fournier, C., et al. (2009). "Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(42-43) : 460-464.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/article/besoins-d-information-et-d-education-des-personnes-diabetiques-pratiques-educatives-des-medecins-etude-entred-france-20072>

[BDSP. Notice produite par InVS mR0xC8Fr. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - L'information et l'éducation des personnes diabétiques et la démarche éducative de leurs médecins ont été explorées à partir de l'étude Entred 2007. Méthodes - Après enquête par auto-questionnaire postal auprès d'un échantillon représentatif de 8 926 patients diabétiques en métropole, les médecins dont les patients avaient fourni les coordonnées ont reçu un auto-questionnaire postal. Résultats - Ont répondu à l'enquête sur la "démarche éducative" 4 296 personnes diabétiques de type 1 (DT1) et 2 (DT2) (taux de réponse 48 %) et 2 232 médecins. Pour les patients : 80 % se disent bien informés sur leur maladie, la principale source d'information étant leur médecin (83 %) ; 77 % souhaiteraient des informations supplémentaires, principalement sur l'alimentation (DT2) et sur les droits et remboursements (DT1). Trente-six pour cent des DT1 et 17 % des DT2 ont reçu un complément

éducatif en plus de la prise en charge médicale habituelle, parfois des entretiens individuels approfondis, rarement des séances collectives, exceptionnellement un accompagnement téléphonique. À l'avenir, 45 % des DT1 et 33 % des DT2 souhaiteraient bénéficier d'un complément éducatif, principalement individuel. Pour les médecins (échantillon non représentatif) : la principale difficulté rencontrée est l'adhésion des patients aux recommandations concernant l'alimentation (65 %) et l'activité physique (64 %). Deux tiers des médecins souhaitent coordonner l'éducation de leurs patients, 23 % des spécialistes et seulement 5% des généralistes déclarent assurer pour la majorité de leurs patients diabétiques des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique. Discussion - Alors que les besoins d'information exprimés sont importants, le souhait de démarches "éducatives" concerne moins de la moitié des personnes diabétiques. Ces résultats plaident pour une sensibilisation accrue des patients et des médecins à l'importance de la démarche éducative. (R.A.).

Hada, F. et Ricardo, C. (2009). L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Paris HCSP : 36.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprrr.pdf

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications. Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France (environ 15 millions actuellement), les besoins en la matière sont très importants. L'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. Le travail mené par le HCSP a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de favoriser ou de freiner l'implication des médecins traitants et autres professionnels de santé de premier recours dans la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique de proximité. L'analyse de ces facteurs l'amène à proposer quatre orientations stratégiques qui se déclinent en cinq mesures et quatorze recommandations.

Lombrail, P. (2009). Inégalités de santé et prévention - Le rôle de l'accès aux soins. La prévention en question (s). Prévenir, c'est protéger son capital santé., Cachan : Editions Médicales Internationales : 81-90.

Notre système de santé est réputé accessible à tous, notamment depuis l'avènement de la CMU. Pour autant, cette dernière n'a pas gommé l'ensemble des obstacles à des soins de qualité, notamment préventifs. Nombre de facteurs limitent l'accès primaire (l'entrée dans le système) comme secondaire (la façon dont le système de soins soigne ensuite) et on peut les ranger schématiquement dans deux catégories : les obstacles construits par les règlements ou recommandations professionnelles et les obstacles passifs qui produisent des inégalités d'accès par omission du simple fait de l'inertie du fonctionnement en routine du système tel qu'il est : leur influence se module en fonction des actes de prévention considérés. Ces obstacles opèrent au niveau de la clinique individuelle, du fonctionnement de nos institutions et plus généralement du fait de la conception du système dans son ensemble. Ces différents niveaux suggèrent différentes stratégies d'action. Au niveau clinique, ceci suppose probablement une place plus grande accordée aux soins préventifs, malgré leur difficulté de réalisation quand ils s'adressent à des publics vulnérables, tout comme au développement des compétences d'autosoins des personnes malades elles-mêmes (tiré de l'introduction).

2008

SFSP (2008). Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Vandoeuvre-les-Nancy SFSP : 18.

<http://www.sfsp.fr/activites/file/MedecintraitantSP.pdf>

La Société française de santé publique mène, depuis maintenant deux ans, avec les médecins généralistes, une réflexion qui a donné lieu à l'organisation de deux colloques au ministère de la Santé. Prenant en compte les profonds changements sociologiques de la profession médicale : chute de la démographie, féminisation, vieillissement ? et le besoin de réforme de l'organisation du système de soins, la SFSP et sa section médecine générale ont souhaité ouvrir un travail sur les missions de

santé publique des médecins généralistes. Cette note s'inscrit plus globalement dans la réflexion que mène la SFSP sur l'organisation du système de santé en France et sur une contribution à l'élaboration de la Loi : Patients, santé, territoire.

Bourdillon, F., et al. (2008). "Des missions de santé publique pour les médecins généralistes." Sante Publique **20**(5) : 489-500.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xn7s8F. Diffusion soumise à autorisation]. La Société française de santé publique (SFSP) et l'Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain (Epiter) mènent, depuis maintenant deux ans une réflexion, prenant en compte les profonds changements sociologiques de la profession médicale : chute de la démographie, féminisation, vieillissement... et le besoin de réforme de l'organisation du système de soins, la SFSP et sa section médecine générale ont souhaité ouvrir deux chantiers : d'une part celui des missions de santé publique des médecins généralistes qui fait l'objet de cette note, et d'autre part celui de l'organisation du système de soins de santé primaire dans notre pays qui sera au coeur des travaux en 2008-2009. Cet article démontre en effet comment par son activité professionnelle quotidienne le généraliste participe aux missions de santé publique. En matière de prévention dite médicalisée : vaccination, dépistages opportuniste, incitation au dépistage organisé, conseils et guidance de type éducation à la santé (sexualité, parentalité, addictions, risques au travail...). De même, leur implication dans les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) représente en soi une activité de santé publique. Enfin en s'inscrivant dans des démarches de programmes de santé et en travaillant en réseau de manière pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge les maladies chroniques ou en participant à la veille sanitaire, certains amplifient leur démarche de santé publique. En réalité, de nombreuses activités de médecine générale relèvent de la santé publique mais le médecin généraliste apparaît avant tout comme un acteur de soins, plus rarement de prévention et jamais comme un acteur de santé publique.

Gallois, P., et al. (2008). "Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins." Medecine : Revue De L'unaformec **4**(9) : 406-410.

Des articles précédents parus dans cette même revue (n° 485, 488, 491) ont envisagé la part de la prévention dans l'activité du médecin généraliste, de toute évidence en augmentation constante si l'on veut bien la considérer dans son ensemble. Mais surtout, les activités de prévention représentent une évolution majeure de l'activité traditionnelle de soignant, porteuses sans nul doute de promesses d'amélioration de la santé, mais pas nécessairement à l'abri de dérapages dignes du Dr Knock... Contrairement aux idées reçues, la part de la prévention dépasse certainement aujourd'hui 30 % du temps dans l'activité usuelle du médecin généraliste. Il y a là des aspects nouveaux, bien au-delà de la prévention classique, puisqu'il s'agit aussi bien de dépister certains cancers que de repérer et prendre en charge des facteurs de risque, en amont de la maladie elle-même, qu'il s'agisse de risques cardiovasculaires, nutritionnels, comportementaux ou autres.

Karrer, M., et al. (2008). "Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées." Sante Publique **20**(1) : 69-80.

[BDSP. Notice produite par EHESP IkD7R0xp. Diffusion soumise à autorisation]. Cette expérimentation a évalué l'élaboration et la mise en oeuvre de cinq actions pilotes d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie, fondée sur une approche "globale" et "par population". Ces actions ont été conçues et mises en oeuvre par 35 médecins généralistes et pharmaciens sur cinq sites en France entre 2001 et 2004, incluant 185 patients. Les professionnels ont fait preuve le plus souvent d'une approche globale de la santé : vision positive de la santé, non cloisonnement de ses différents aspects, effort de personnalisation. Les femmes enceintes, les adolescents et les personnes âgées ont présenté des spécificités à prendre en compte dans une approche par population. Les actions se sont appuyées sur des techniques simples faisant appel à des guides d'entretien et des documents d'aide à l'expression et à la relation professionnel-patient.

Aulagnier, M., et al. (2007). "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côtes d'Azur." Pratiques Et Organisation Des Soins **38**(4) : 259-268.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Cnamts/POS/2007/4/259.pdf>

[BDSP. Notice produite par CNAMTS GR0x8n99. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un panel de 600 médecins généralistes libéraux exerçant en région PACA pour décrire leurs attitudes et pratiques dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé et en identifier les déterminants.

Colombet, I. et Menard, J. (2007). "Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ?" Medecine : Revue De L'unaformec **3**(2) : 79-82.

Le concept de consultation de prévention en médecine générale est dans la Loi de santé publique du 9 août 2004. Il s'inscrit dans une volonté d'organiser une activité de prévention plus systématisée par les médecins généralistes. Néanmoins, 2 ans plus tard, le cahier des charges de cette consultation reste peu précisé. Cet article propose un cadre organisationnel et le contenu structurant qui doit guider cette consultation. Ces éléments de réponses sont le fruit d'un travail de plusieurs années de conception, développement et évaluation du système EsPeR d'aide à la décision en prévention.

Franc, C., et al. (2007). "La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites." Etudes et Resultats (Drees) (588) : 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er588.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE XLR0xx9I. Diffusion soumise à autorisation]. Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires autant par les pédiatres que par les médecins généralistes et constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites de ces derniers. 88 % des jeunes patients consultant un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. Les consultations ont le plus souvent lieu au cabinet du médecin et sont en moyenne plus courtes que celles des adultes. Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Un tiers des visites ne donnent lieu à aucune prescription et près de la moitié des prescriptions relèvent de seulement trois sous-classes médicamenteuses. La prévention et le dépistage font l'objet d'une visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La prise en charge des maladies chroniques par les médecins généralistes ne représente chez l'enfant que 10 % des séances contre 27 % chez les adultes pour le suivi des affections de longue durée (ALD).

Franc, C., et al. (2007). "La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(69) : 61, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee69.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pGHbBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. Environ 13 % des consultations et visites de généralistes sont consacrées à des enfants. Plus souvent prises en charges par des jeunes femmes médecins, elles présentent des caractéristiques marquées qui les distinguent en moyenne de celles des adultes. Les affections des enfants, bénignes mais souvent aiguës, touchent principalement les voies aériennes supérieures. La prévention et les dépistages font l'objet d'une consultation ou visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La mise en évidence d'éventuelles différences entre les pratiques des médecins est l'objet de la dernière partie de cette étude.

Gallois, P., et al. (2007). "Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité." Medecine : Revue De L'unaformec **3**(2) : 74-78.

Il est courant de lire ou d'entendre dire que les médecins généralistes ne font que très (trop) peu de prévention. Mais qu'entend-on par prévention ? Certains ont tendance à en avoir une conception

restrictive, limitée à certains gestes (les vaccinations...), situations (la contraception...), ou actions structurées (consultations de prévention des centres d'exams de santé...). Pourtant, le repérage des conduites à risque, la recherche de facteurs de risque et les conseils ou mesures thérapeutiques qui s'ensuivent ne sont-ils pas de la prévention ? Le plus difficile est sans doute de faire de la démarche de prévention, avec ses spécificités, une pratique " naturelle " alors que toute la formation médicale initiale est centrée sur le curatif. Annoncer un risque, conseiller des modifications plus ou moins profondes des habitudes et du style de vie est beaucoup plus difficile à mettre en oeuvre que prescrire un médicament. La mise en place d'une consultation de prévention telle qu'elle est proposée dans ce numéro de Médecine ne peut représenter, dans une relation médecin-patient plus ou moins ancienne, qu'un moment privilégié pour compléter et approfondir ce qui a été initié au fil des consultations antérieures et pourra être poursuivi dans les suivantes. C'est cet avant et cet après qui font tout l'intérêt du rôle de prévention du généraliste.

2006

Bouscasse, M. (2006). "Le Picard consulte plutôt le généraliste que le spécialiste." *Insee Picardie*(9) : 4, graph., tabl., carte.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288896>

La Picardie possède une densité médicale et une offre de soins hospitaliers plus faible qu'en moyenne. Cependant, les Picards consultent le médecin aussi fréquemment qu'en moyenne mais essentiellement le généraliste. En Picardie, les comportements préventifs sont moins fréquents et, signe d'une insuffisante éducation en matière de santé, la consommation de soins dentaires est inférieure de 20 % à la moyenne nationale (Résumé d'auteur).

Garattini, L. et Cornago, D. (2006). "The reasons of general practitioners for promoting colorectal cancer mass screening in France." *European Journal of Health Economics (the)* 7(2) : 91-98, 95 tabl.

Implementation of colorectal cancer (CRC) mass screening is a public health priority. Obtaining the involvement of general practitioners (GPs) is crucial for ensuring participation by the general public. This study elicited GPs' reasons for promoting CRC screening. The method used was discrete choice modeling. Questionnaires with a set of pairs of hypothetical screening scenarios were sent to 700 GPs. Factors influencing GPs' screening practice were found to be: the effectiveness of the

2005

Gautier, A. et Lamoureux, P. (2005). *Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003*, Saint-Denis : INPES

Médecins et pharmaciens perçoivent-ils la prévention de manière identique ? Quels obstacles considèrent-ils comme les plus importants à une démarche éducative ou préventive ? Leurs comportements ont-ils évolué depuis 1998 ? Pour la première fois, l'étude des médecins généralistes a été effectuée conjointement à celle des pharmaciens d'officine et a donné lieu à l'édition d'un unique ouvrage. Cette enquête, réalisée auprès de 2 057 médecins généralistes exerçant en mode libéral et 1 062 pharmaciens titulaires d'officine, décrit les opinions, comportements et pratiques de ces professionnels de santé. Les questionnaires portent entre autres sur leurs comportements personnels de santé, leurs opinions et attitudes vis-à-vis de la prévention, la vaccination, le dépistage des cancers, le VIH, l'hépatite C, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction. Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 est destiné à tous ceux qui s'intéressent à l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans le domaine de la prévention.

Menard, J. (2005). La consultation périodique de prévention. Paris : 42.

Ce rapport propose des pistes pour le développement et l'organisation des activités de consultation et de prévention individuelle. On y retrouve un historique de la santé familiale développant toute une réflexion sur la consultation de prévention du médecin généraliste qui est inscrite dans la loi de santé

publique. Une annexe concerne la délivrance en officine de statines sans prescription médicale. Une argumentation sur la délivrance de la simvastatine en officine ou sur prescription médicale est développée sur les implications qu'elle aurait en France.

2003

Ambroise-Thomas, P. (2003). "National prevention campaign to be carried out by general practitioners." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **187**(1) : 175-177.

Bastianelli, J. P., et al. (2003). Les métiers de la prévention sanitaire. Paris IGAS : 127, ann.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales propose tout d'abord une description des métiers identifiés dans le cadre de la mission : les métiers "dédiés" (métiers dont l'activité est consacrée soit exclusivement, soit principalement à la prévention), tels que les médecins scolaires ou les médecins du travail, les métiers "partagés" (ceux dont l'activité n'est pas consacrée exclusivement à la prévention, mais qui y participent ou y contribuent), tels que les enseignants, et enfin les métiers "émergents" (métiers réellement nouveaux et créés en réponse à un besoin ou une nécessité, métiers connus dans d'autres domaines mais nouveaux dans la prévention), tels que les éducateurs pour la santé. Les auteurs s'interrogent ensuite sur les qualifications et les formations mises en oeuvre dans les métiers de la prévention (diversité des formations, faible reconnaissance des activités et compétences de prévention...), examinent les effets de système identifiés au cours de la mission et leurs impacts sur la problématique des métiers. On trouvera enfin des propositions relatives à l'éducation pour la santé, mais aussi au fonctionnement des dispositifs de prévention envisagés au regard de la récente loi sur les droits des malades ou de la future loi quinquennale sur la santé publique.

Cash, R., et al. (2003). "Les dépenses de prévention en médecine générale : une évaluation réalisée à partir d'une base de données de médecins généralistes." Journal D'economie Medicale **21**(6) : 377-389, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA cR0xJWto. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Évaluer les dépenses constatées au titre des activités de prévention en médecine générale, en distinguant les champs de la prévention (vaccination, certificat, action sur les facteurs de risque cardiovasculaire...) et les postes de dépenses. Méthodes : L'étude s'est basée sur une interrogation de la base de données THALES (année 1999), base de dossiers médicaux alimentée quotidiennement par un panel de médecins généralistes informatisés, représentatif de la population des médecins généralistes. Cette base permet de collecter les motifs de consultation et diagnostics, ainsi que les prescriptions. Les données ont été valorisées en euros et extrapolées à la France entière. Résultats : Après extrapolation, l'évaluation mène à un total de 49,2 millions de consultations liées à la prévention. Après redressement pour tenir compte de la possibilité d'inscrire plusieurs diagnostics pour une consultation, les motifs les plus importants sont l'hypertension artérielle (29,9 %), l'hyperlipidémie (14,4 %), la vaccination (11,8 %). (Résumé d'auteur).

2002

Cnamts (2002). "Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités entre 1998 et 2000." Etudes Et Enquetes Cnamts/Ensm : 92, 18 tabl., 93 fig., 95 ann., carte.

<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Cnamts/Etudes/2002/diabete2002.pdf>

Le programme d'intervention en santé publique, lancé en juin 1999 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI), avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge médicale des diabétiques de type 2. Le traitement statistique, sur l'ensemble du territoire métropolitain, des bases de données du Régime général de l'Assurance

Maladie, où sont enregistrées toutes les prestations remboursées aux assurés sociaux, a permis d'actualiser les informations disponibles en matière d'épidémiologie du diabète et de dresser un état des lieux de la prise en charge collective et du suivi des malades exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux. Pour l'évaluation de ce programme d'intervention, l'Assurance Maladie a réalisé une étude de type avant/après comportant trois mesures : une première mesure se rapportant à l'état des lieux de la prise en charge des malades en 1998 (avant la réalisation des interventions) ; une deuxième mesure (mesure intermédiaire) portant sur la situation observée en 1999 - année durant laquelle se sont déroulées les interventions ; une troisième mesure (après la réalisation des interventions) portant sur la prise en charge des malades durant l'année 2000. La présente étude s'est attachée à mesurer, entre 1998 et 2000, l'évolution de la prise en charge collective des malades en matière de suivi du contrôle glycémique et de dépistage des complications dégénératives.

1999-

Arenes, J. et al. (1999). Baromètre santé 98/99 : médecins généralistes. Vanves CFES : 218, tabl., graph.

Quelle place l'éducation du patient occupe-t-elle dans l'activité actuelle du médecin généraliste ? Comment perçoit-il la prise en charge des toxicomanes ? Quel rôle entend-il jouer dans le dépistage des cancers ? Se sent-il personnellement efficace pour agir en prévention ? A l'époque où de vastes débats ont lieu sur le rôle et la place du médecin dans le dispositif de prévention, ce nouveau Baromètre Santé analyse et commente les réponses de 2000 généralistes. Les principaux thèmes abordés sont : leurs pratiques préventives, leurs opinions et leur comportement personnel en matière de santé, le dépistage des cancers, du VIH et de l'hépatite C, les vaccinations, la prise en charge et le traitement des problèmes d'addiction, les relations avec le patient âgé.

Arenes, J., et al. (1996). Baromètre santé 94-95 : médecins généralistes. Vanves CFES : 137, tabl., graph.

La collection des Baromètres Santé est un outil de suivi des opinions, attitudes et comportement des Français. Les deux premières vagues ont associé dans les mêmes ouvrages l'étude approfondie de l'ensemble de la population et celle des médecins généralistes exerçant en libéral, observateurs et acteurs privilégiés de la santé au quotidien. Il a paru nécessaire pour cette troisième vague du Baromètre santé, de consacrer un ouvrage particulier aux seuls omnipraticiens. Les principaux sujets abordés sont les comportements de santé des médecins généralistes eux-mêmes, leur engagement dans la prévention et l'éducation pour la santé, et deux éclairages sur des thèmes plus particuliers de prévention, que sont les pratiques vaccinales et maladies infectieuses et les relations avec le patient âgé.

LE COMPORTEMENT DE PRESCRIPTION

2022

Verger, P., Fressard, L., Jacquemot, A. F., et al. (2022). "Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance." *Etudes et Résultats (Drees)* (1217) : 6, graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-01/ER1217.pdf>

Les participants au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ont été interrogés entre avril et juillet 2021 sur leurs perceptions à propos de l'antibiorésistance et sur leurs prescriptions d'antibiotiques. En juillet 2021, un médecin généraliste libéral sur deux déclare avoir été confronté, au cours des trois derniers mois, à des problèmes d'antibiorésistance au sein de sa patientèle. Si la quasi-totalité des médecins estiment avoir un rôle à jouer contre la résistance aux antibiotiques, huit sur dix indiquent être en difficulté pour refuser un antibiotique aux patients qui leur en demandent. La quasi-totalité des médecins sont confrontés à des patients leur réclamant un traitement antibiotique lors d'une infection virale. Trois profils de médecins

se distinguent en fonction de leur attitude vis-à-vis de la prescription d'antibiotiques et de leurs relations avec les patients : un quart des médecins indiquent être

2021

Bonnan, D., Amouroux, F. et Aulois-Griot, M. (2021). "[Clinical medication review in French community pharmacy: Interest of a new pharmaceutical service for detection of drug related problems]." *Ann Pharm Fr* **79**(5) : 597-603.

OBJECTIVE: Using clinical medication reviews, analyze the most pharmaceuticals intervention generating treatments and the problems associated. **METHODS:** Analysis of activity reports made by 6th year pharmaceutical students from the University of Bordeaux, class of 2017-2018. **RESULTS:** 76 % of clinical medication review have detected at least one drug related problem in the population of this study. Drug classes that most frequently lead to pharmaceutical interventions are nervous system drugs, alimentary tract and metabolism drugs and cardiovascular system drugs. The most frequent drug related problems are an unjustified prescription, a contraindication or a non-compliance with the standards of care and posology issues. **CONCLUSIONS:** The most at risk and pharmaceutical intervention generating drugs in this study are the same as described in the international literature. This shows that more precautions must be taken for their use in the elderly. Furthermore, this new pharmaceutical service is an efficient way to detect them.

Cour des Comptes (2021). La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir. *La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.*, Paris : Cour des comptes: 295-324.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>

La dématérialisation des prescriptions médicales suscite de fortes attentes en termes d'amélioration de la prise en charge sanitaire des patients, d'efficience accrue des dépenses de santé et de réduction des risques d'erreurs et de fraudes au détriment de l'assurance maladie. Fin 2021, il est attendu des médecins qu'ils dématérialisent l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail ; il en sera de même, d'ici fin 2024, des autres prescriptions exécutées en ville. Ces évolutions s'inscrivent dans un cadre plus global : le virage numérique en santé, qui est l'un des volets du plan gouvernemental « Ma santé 2022 », annoncé à l'automne 2018¹⁴. Alors que les échéances d'entrée en vigueur de ces obligations sont proches, la Cour a souhaité dresser un état des lieux de la dématérialisation des prescriptions. Malgré des apports potentiellement considérables, elle connaît un développement encore limité en France, notamment par rapport à la plupart de ses voisins s'agissant des médicaments (I). Pour que nos systèmes de santé et d'assurance maladie bénéficient pleinement des multiples apports de la dématérialisation, les chantiers à mener à bien sont très conséquents et dépassent pour partie ceux aujourd'hui engagés (II).

2020

Bussièrre, C., Sirven, N., Rapp, T., et al. (2020). "Adherence to medical follow-up recommendations reduces hospital admissions: Evidence from diabetic patients in France." *Health Economics* **29**(4) : 508-522.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3999>

Abstract The aim of this study was to document the extent to which diabetic patients who adhered to required medical follow-ups in France experienced reduced hospital admissions over time. The main assumption was that enhanced monitoring and follow-up of diabetic patients in the primary care setting could be a substitute for hospital use. Using longitudinal claim data of diabetic patients between 2010 and 2015 from MGEN, a leading mutuelle insurance company in France, we estimated a dynamic logit model with lagged measures of the quality of adherence to eight medical follow-up recommendations. This model allowed us to disentangle follow-up care in hospitals from other forms of inpatient care that could occur simultaneously. We found that a higher adherence to medical guidance is associated with a lower probability of hospitalization and that the take-up of each of the

eight recommendations may help reduce the rates of hospital admission. The reasons for the variation in patient adherence and implications for health policy are discussed.

2019

Cour des Comptes (2019). La pertinence de la prescription des antibiotiques. Paris Cour des comptes : 2 vol. (5+2).

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques.pdf>

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques-rep-MSS.pdf>

En 2015, en France, 1 300 tonnes d'antibiotiques ont été consommées : 730 concernaient la santé humaine et 570 la santé animale. La France se situe ainsi parmi les trois pays les plus consommateurs de l'Union européenne. Ce niveau élevé, orienté à la hausse depuis 2005, signe l'échec des deux derniers plans de réduction de la consommation d'antibiotiques. Plusieurs pratiques sont en cause : le recours excessif aux antibiotiques, des prescriptions trop approximatives dans le choix des molécules ou les durées de traitement, un mode de dispensation par boîte qui accentue la consommation et l'automédication. La Cour recommande de mettre en œuvre de manière plus directive une palette de mesures visant à réduire la consommation d'antibiotiques et d'en garantir l'effectivité en utilisant l'instrument de la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce référé fait suite au contrôle de la Cour sur la politique de prévention des infections associées aux soins, dont elle a rendu compte dans son rapport public annuel 2019. L'antibiorésistance contribue en effet à rendre plus compliqué, voire impossible, le traitement des infections contractées à l'occasion d'un séjour et d'une intervention à l'hôpital, mais aussi dans les établissements de santé et en ville. Le recours excessif aux antibiotiques et leur prescription massive et inappropriée contribuent non seulement à sélectionner les bactéries de plus en plus résistantes, mais aussi réduit leur efficacité, rendant plus difficile le traitement des patients. Ce référé de la Cour des comptes est suivi de la réponse de la ministre de la santé, Agnès Buzyn.

Goubil, B., Balusson, F., Naudet, F., et al. (2019). "Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases." *British Medical Journal (Bmj)* (367) : 16015 (16019).

<https://www.bmj.com/content/bmj/367/bmj.l6015.full.pdf>

<https://www.univ-rennes1.fr/actualites/les-generalistes-francais-ne-recevant-pas-davantages-de-lindustrie-pharmaceutique-sont-associes-des-prescriptions-plus-efficaces-et-moins-cheres>

L'étude conduite à la Faculté de médecine de l'Université de Rennes 1, au Centre d'investigation clinique de Rennes (Inserm1414/CHU) et au sein de l'équipe REPERES (UPRES EA-7449 Université de Rennes 1/EHESP) part d'un constat, formulé entre autres dans une publication de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), celui de "l'influence de l'industrie [pharmaceutique] sur la prescription et la délivrance des médicaments au moyen d'une gamme d'outils promotionnels susceptibles d'influer sur les choix thérapeutiques. Cette influence peut conduire à choisir un traitement qui n'est pas optimal, parfois au détriment de la santé du patient." Des médecins, enseignants-chercheurs et ingénieurs rennais ont ainsi voulu vérifier s'il existait une association, d'une part, les avantages offerts par l'industrie pharmaceutique aux médecins généralistes français en 2016 (équipement, repas, frais de transport, logement, etc.) et, d'autre part : le coût de leurs prescriptions médicamenteuses ; l'efficacité de leur prescription au regard des objectifs fixés par l'Assurance maladie. L'importance de ces travaux tient au fait, démontré par plusieurs études, que les médecins recevant des avantages, même modestes, sont parfois inconscients de l'influence exercée via ceux-ci par l'industrie pharmaceutique sur leurs prescriptions. C'est pour tenir compte de ce constat qu'en mars 2019, un amendement à la loi de santé a été voté pour interdire à cette industrie d'offrir des avantages aux étudiants au sein des facultés de médecine.

2018

(2018). "Co-prescriptions d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires par le médecin généraliste : données en pharmacie de ville et informations diagnostiques perçues par le patient." Revue Prescrire **14**(5) : 228-235, tab., graph., fig.

Les anti-inflammatoires sont rarement recommandés en pathologies infectieuses courantes, et de nombreuses études interrogent sur les risques éventuels liés à ces prescriptions en contexte infectieux, notamment en pathologie respiratoire haute, où les complications peuvent être graves. A partir d'un recueil de données de la CPAM de Lorraine en 2013, cet article étudie les pratiques de prescription des médecins généralistes dans ce domaine.

(2018). "Les patients se font-ils prescrire leurs médicaments d'automédication par leur médecin généraliste ?" Revue Prescrire **38**(415) : 384-385.

Cet article analyse les résultats d'une enquête présentée lors des Rencontres Prescrire 2017, dont l'objectif était d'évaluer la pression des malades sur la prescription des médecins généralistes. En 1998, Ostermann avait défini la rédaction d'ordonnances sous la dictée des patients comme "l'automédication sur ordonnances suggérées".

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

Mise en place au 1er janvier 2012, la Rémunération sur objectifs a été profondément revue et modernisée lors de la nouvelle convention médicale signée en août 2016. Objectif de cette rénovation : renforcer la pertinence du dispositif et ainsi continuer d'améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur. Au vu de cette refonte en profondeur avec l'introduction de 17 nouveaux indicateurs et le relèvement des objectifs pour les indicateurs préexistants, les résultats ont entraîné le déclenchement du dispositif de sauvegarde qui est censé garantir pour la première année le maintien de la rémunération globale. Le paiement de la Rosp est effectif depuis le 25 avril. Il ne comprend pas la partie organisationnelle devenue forfait structure, qui sera versée en juin, de même que la Rosp Médecin Traitant de l'enfant également payée en juin. Les résultats décevants de la ROSP 2017, aussi bien sur le plan des montants versés (4 500 euros en moyenne par généraliste et MEP) qu'en matière de prévention, ont échaudé les syndicats de médecins libéraux qui réclament déjà des aménagements. La commission conventionnelle chargée du réexamen du dispositif commencera ses travaux dès la semaine prochaine.

- *Pour consulter l'ensemble des évaluations de la ROSP, se reporter à la synthèse : « [La pertinence de soins en France](#) » sur le site de l'Irdes.*

Conrard, F., Pulcini, C., Rabaud, C., et al. (2018). "Une charte de bon usage des antibiotiques en médecine générale : faisabilité et acceptabilité." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(8) : 349-352.

Après avoir globalement diminué de 11,4 % entre 2000 et 2015 la consommation d'antibiotiques en France est en hausse de 5,4 % depuis 2010. La consommation en ville représente 93 % de la consommation totale. 70 % des prescriptions proviennent des médecins généralistes. Cette utilisation non maîtrisée est responsable du développement des résistances bactériennes. Une amélioration de la qualité des prescriptions doit être recherchée. Un engagement pour un bon usage des antibiotiques est une priorité.

Devillers, L., Sicsic, J., Delbarre, A., et al. (2018). "General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France." Plos One **13**(1) : e0190522.

PURPOSE: Antibiotic prescription is a central public health issue. Overall, 90% of antibiotic prescriptions are delivered to patients in ambulatory care, and a substantial proportion of these

prescriptions could be avoided. General Practitioner (GP) trainers are similar to other GPs in terms of sociodemographic and medical activities, but they may have different prescription patterns. Our aim was to compare the antibiotic prescribing rates between GP trainers and non-trainers. METHODS: This observational cross-sectional study was conducted on administrative data claims from the French National Health Insurance. The antibiotic prescribing rate was calculated. The main independent variable was the training status of the GPs. Prescribing rates were adjusted for the various GPs' characteristics (gender, age, location of the practice, number of visits per GP and the case-mix) in a multiple linear regression analysis. RESULTS: Between June 2014 and July 2015 the prescribing patterns of 860 GPs were analysed, among which 102 were GP trainers (12 %). Over the year 363,580 patients were prescribed an antibiotic out of 3,499,248 visits for 1,299,308 patients seen over the year thus representing around 27.5% of patients. In the multivariate analyses, being a trainer resulted in a significant difference of 6.62 percentage points (IC 95%: [-8.55; -4.69]; $p < 0.001$) in antibiotic prescriptions comparing to being a non-trainer, corresponding to a relative reduction of 23.4%. CONCLUSION: These findings highlight the role of GP trainers in antibiotic prescriptions. By prescribing fewer antibiotics and influencing the next generations of GPs, the human and economic burden of antibiotics could be reduced.

2017

ANSM (2017). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015. Saint-Denis : ANSM : 41p.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) analyse chaque année les données relatives à la consommation des antibiotiques en France. Les résultats présentés dans la nouvelle édition de son rapport montrent notamment que la consommation des antibiotiques repart à la hausse depuis 2010, et que la France reste parmi les pays européens où celle-ci est la plus élevée. Ce niveau élevé est très préoccupant car une utilisation non maîtrisée des antibiotiques est responsable du développement des résistances bactériennes. De surcroît, l'éventail des solutions de recours que constituent les antibiotiques dits "de réserve" s'appauvrit en raison de la diminution du nombre de substances antibiotiques disponibles et d'une innovation thérapeutique trop modeste.

Boussageon, R., et al. (2017). "Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité de sept médicaments courants." Medecine : De La Medecine Factualle a Nos Pratiques **13**(5).

La connaissance de l'efficacité des médicaments prescrits avec ses quatre composantes : preuve, critère de jugement, quantité d'effet et population cible, est indispensable à une information objective du patient. Elle est une condition nécessaire au processus de décision médicale partagée. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale (IMG) et des maîtres de stages universitaires en médecine générale sur l'efficacité sept médicaments utilisés couramment, et d'étudier les sources d'informations mobilisées dans ce domaine. Les résultats suggèrent un manque de connaissance des internes et maîtres de stages universitaires en médecine générale sur la thérapeutique et plus spécifiquement la pharmacologie clinique. Ils questionnent sur la pratique réelle de la médecine fondée sur les preuves (EBM) nécessaire à l'information éclairée du patient et à la décision médicale partagée.

Cartron, D. (2017). "Un médecin est-il libre de ne pas prescrire un traitement ?" Medecine : De La Medecine Factualle a Nos Pratiques **13**(10) : 466-.

Désormais, il n'est plus rare qu'un patient, adepte de l'internet, vienne consulter son médecin avec le diagnostic et le traitement retrouvés dans ses recherches. Le médecin reste-t-il néanmoins autonome dans sa prescription ?

Nouguez, E. (2017). Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France, Paris : SciencesPo Les Presses

Vingt ans après leur introduction en France, les médicaments génériques suscitent toujours la polémique. Pour les uns, ce sont d'authentiques médicaments, dont dépend la survie du système d'assurance maladie français. Pour les autres, ce sont de piètres copies qui sacrifient la santé à l'économie. Le développement des génériques a reconfiguré le système de santé français, en bouleversant les relations d'alliance et de concurrence entre les pouvoirs publics, les industriels, les professionnels de santé et les patients. Il a également révélé les conflits de valeurs qui traversent la société actuelle : égalité contre qualité, solidarité contre liberté.

Polomeni, A. (2017). "Le choix de prescrire." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **13**(7) : 321-329.

La place prépondérante de la prescription médicamenteuse dans les pratiques des médecins généralistes français n'est plus à démontrer. 91 % des consultations des médecins généralistes sont suivies d'une ordonnance de pharmacie. 40 % des ordonnances chez les sujets de 80 ans ou plus comprennent des médicaments à service médical rendu insuffisant et le taux de prescriptions inadaptées – le recours à des médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus – chez le sujet âgé s'élève à 21 %, à l'origine d'incidents iatrogéniques. L'incidence de problèmes iatrogéniques est de 50/1 000 personnes/année, dont 27,8 % seraient dus à des erreurs de prescription, et responsables de 10 % des hospitalisations chez les sujets = 70 ans. Ces constats soulèvent de multiples questions ayant trait aux déterminants des pratiques médicales. Quel est l'impact de la relation médecin-malade sur le comportement du patient, aussi bien que sur l'attitude du praticien.... et vice-versa ?

Pugnet, G., et al. (2017). "La déprescription médicamenteuse, un acte médical de salubrité publique." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **13**(9) : 405-408.

Cela fait plus de 20 ans que toutes les études et tous les auteurs se penchant sur ce sujet s'accordent à dire que la consommation médicamenteuse est trop importante dans les pays industrialisés et particulièrement en France. L'importance croissante et la gravité des pathologies iatrogènes médicamenteuses deviennent un enjeu majeur de santé publique. La polymédication en est une des principales responsables. Pour combattre ce fléau, il faut inventer cet acte de responsabilité médicale que l'on pourrait appeler « déprescription médicamenteuse », et qu'il faut donc promouvoir et enseigner. « La thérapeutique est aussi la science de l'art de dé-prescrire ».

Stillmunkes, A., et al. (2017). "Les facteurs influençant la prescription de benzodiazépines hypnotiques pour l'insomnie chez la personne âgée." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **13**(10) : 474-479.

En France, les benzodiazépines hypnotiques sont prescrites à 90,5 % par les médecins généralistes. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs influençant la prescription de benzodiazépines hypnotiques dans l'insomnie transitoire ou chronique chez la personne de plus de 65 ans non démente en France. Une étude transversale, descriptive, a été basée sur un scénario clinique. Celui-ci a été envoyé aux médecins généralistes du bassin de santé du Lauragais, en Occitanie (France), entre avril et mai 2015. Cinq facteurs modifiaient significativement la prescription des benzodiazépines hypnotiques : l'âge et le sexe du médecin, la réalisation par le praticien lui-même de la prise en charge non médicamenteuse, l'existence de correspondants pour les troubles du sommeil, l'anticipation du sevrage. Des études complémentaires seraient nécessaires pour mieux expliquer ces différents facteurs.

2016

Clerc, P. et Le, B., J. (2016). Etudier les polyprescriptions en médecine générale : Focus groups et groupes de pairs pour comprendre les enjeux dans lesquels sont prises ces pratiques, Paris : Armand Colin

La polyprescription en médecine générale, et notamment en France, est un objet complexe dans un contexte politique particulier, qui nécessite l'intervention de recherches qualitatives. Ces recherches permettent, en effet, de trouver des facteurs explicatifs à cette polyprescription. Ce chapitre présente

l'étude POLYCHROME, qui en sus d'un volet quantitatif basé sur les données de l'Observatoire de la Médecine générale (OMG) de la Société française de Médecine générale, comportait un volet qualitative par le biais d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

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

https://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf

Après 4 ans de mise en oeuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) témoigne de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez les plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, celle-ci a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, elle a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière 1 est passé de 52,9 % à 68,3 % 2 entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas.

Dahan, M. (2016). Pilotage opérationnel du Plan national d'action de promotion des médicaments génériques. Rapport IGAS ; 2015-89R. Paris IGAS : 128.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8sIR0xIB. Diffusion soumise à autorisation]. En septembre 2014, l'IGAS a été chargée de désigner un pilote pour un plan d'action de promotion des médicaments génériques, issu principalement de précédents travaux réalisés par l'IGAS en 2014. Le chef de l'IGAS a désigné, en octobre 2014, Muriel Dahan pour définir et piloter, auprès de la direction de la sécurité sociale (DSS) et en s'appuyant sur les services du ministère, de l'Assurance maladie et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et produits de santé (ANSM), le plan national de promotion des médicaments génériques. Lancé en mars 2015, il comporte 7 axes et plus de 80 actions. Le développement du marché générique étant une composante importante de la trajectoire de l'ONDAM 2015-2017, visant à une meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie, il s'agit d'un plan à déployer sur trois ans. Après un an de pilotage, ce rapport fait un bilan des avancées et actions réalisées.

2015

(2015). "Déprescription des médicaments à balance bénéfiques-risques défavorable dans un cabinet de groupe de médecine générale à Gennevilliers." Revue Prescrire **35**(379) : 385-386.

Cette analyse des possibilités d'amélioration de prescriptions dans un cabinet de médecine générale a été présentée sous forme de poster lors des Rencontres Prescrire 2014.

Le Cossec, C., Sermet, C., Perronnin, M., et al. (2015). "Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques." QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE(213) : 8p.

L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation des années de vie avec une, voire plusieurs maladies chroniques entraînant une accumulation des traitements médicamenteux, ce qui accroît les risques iatrogéniques. Ces dernières années, des politiques publiques visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées ont été mises en place. Leur évaluation nécessite des indicateurs faciles à produire sur des bases de données concernant de grandes populations. Deux indicateurs sont étudiés ici : l'indicateur de polymédication "cumulative", qui prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, et l'indicateur de polymédication "continue" qui s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière. L'aspect novateur de ce travail est lié à la prise en compte des associations de molécules et des conditionnements trimestriels dans les calculs. La prévalence de la polymédication varie ainsi de 27 à 40 % selon l'indicateur, avec ou sans prise en compte des associations de molécules et des grands conditionnements.

Ministère chargé de la Santé (2015). Plan national d'action de promotion des médicaments génériques. Paris
Ministère chargé de la Santé : 32, tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_medicaments_generiques_24mars2015.pdf

Le gouvernement veut économiser 350 millions d'euros supplémentaires sur le médicament générique. L'objectif a été annoncé mardi 24 mars, à l'occasion de la présentation au ministère de la Santé d'un plan national d'action de promotion des médicaments génériques prévu pour la période 2015/2017. Ce plan, dont le pilotage a été confié à Muriel Dahan (IGAS), vise à encourager la prescription et l'utilisation des médicaments génériques en ville, à l'hôpital et dans les Ehpad, tout en respectant la liberté de prescription. Le plan triennal cible en premier lieu les prescripteurs (libéraux et hospitaliers) et les pharmaciens, mais il vise aussi les fabricants, agences, sociétés savantes, la FMC et la formation initiale ; Composé de sept axes, dont le principal concerne le renforcement du générique à l'hôpital (en agissant notamment sur les achats), le plan est destiné à augmenter "la prescription de cinq points dans le répertoire". Il intègre une nouvelle ROSP des médecins et des pharmaciens avec une incitation à la prescription de génériques, la création d'ordonnances types par pathologie, des "contrats de bon usage" assortis de "stratégies de bonus-malus", un élargissement du répertoire des génériques, une chasse au substituable en renforçant les contrôles des prescripteurs utilisant "abusivement" la mention "Non substituable", une généralisation du dispositif "tiers payant contre génériques" aux ordonnances hospitalières et aux patients en CMU, AME et AT-MP. Un effort spécifique doit, en parallèle, être mené à destination des personnes âgées dans les Ehpad. Une campagne grand public sur le générique sera lancée fin 2015. Ces mesures sont complétées par le tout nouveau décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Cnamts (2015). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2016 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016. Paris Cnamts : 190, tabl.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/275504.pdf>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2016 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. Le rapport commence sur une cartographie des dépenses de santé et des pathologies. Les recommandations sont ensuite présentées selon les axes suivants : prévention et prise en charge des pathologies chroniques, dont l'obésité, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, l'ostéoporose ; accès aux soins des populations vulnérables ; efficacité de la prescription ; bon usage des soins et maîtrise des dépenses : examens de biologie, transport sanitaire, arrêts de travail ; virage ambulatoire avec les programmes de retour à domicile et la chirurgie de la cataracte.

Mercier, A., et al. (2015). "How do GP practices and patient characteristics influence the prescription of antidepressants? A cross-sectional study." *Annals of General Psychiatry* **14**(3) : 10, tabl., fig.

Background: Under-prescription of antidepressants (ADs) among people meeting the criteria for major depressive episodes and excessive prescription in less symptomatic patients have been reported. The reasons influencing general practitioners' (GPs) prescription of ADs remain little explored. This study aimed at assessing the influence of GP and patient characteristics on AD prescription. Methods: This cross-sectional study was based on a sample of 816 GPs working within the main health care insurance system in the Seine-Maritime district of France during 2010. Only GPs meeting the criteria for full-time GP practice were included. The ratio of AD prescription to overall prescription volume, a relative measure of AD prescription level, was calculated for each GP, using the defined daily dose (DDD)

concept. Associations of this AD prescription ratio with GPs' age, gender, practice location, number of years of practice, number of days of sickness certificates prescribed, number of home visits and consultations, number and mean age of registered patients, mean patient income, and number of patients with a chronic condition were assessed using univariate and multivariate analysis. Results: The high prescribers were middle-aged (40–59) urban GPs, with a moderate number of consultations and fewer low-income and chronic patients. GPs' workload (e.g., volume of prescribed drug reimbursement and number of consultations) had no influence on the AD prescription ratio. GPs with more patients with risk factors for depression prescribed fewer ADs, however, which could suggest the medications were under-prescribed among the at-risk population. Conclusions: Our study described a profile of the typical higher AD prescriber that did not include heavy workload. In future work, a more detailed assessment of all biopsychosocial components of the consultation and other influences on GP behavior such as prior training would be useful to explain AD prescription in GP's practice.

Pilorge, C. (2015). En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit. Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015., Paris : Ministère chargé de la Santé : 181-195, tab., graph., fig., ann.

En 2014, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables, hors rétrocession, représente 18,1 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine, soit une baisse de 1,9 % par rapport à 2013 (source : GERS). Il faut noter cependant que, nette des remises et rétrocession incluse, la consommation de médicaments remboursables en ville augmente de 1,1 % en 2014. En croissance depuis les années 1990, le chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville, hors rétrocession, est ainsi en baisse pour la troisième année consécutive (-3,3 % en 2012 et -2,3 % en 2013). Ce recul s'explique par deux facteurs : une politique de baisse des prix des médicaments tout au long de leur cycle de vie et une hausse de la part des médicaments génériques au détriment des princeps correspondants. Ces évolutions découlent de la chute des brevets en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé, du renforcement des objectifs de prescription et de délivrance des génériques par les médecins et les pharmaciens (ROSP) et, enfin, de la mise en oeuvre du dispositif « tiers payant contre génériques » auprès des patients. Depuis 2011, seuls les médicaments remboursés à 100 %, médicaments dits « irremplaçables et particulièrement coûteux », et les médicaments récents affichent une croissance positive de leur chiffre d'affaires. Les autres catégories de médicaments ont, quant à elles, fait l'objet de baisses de prix. C'est particulièrement le cas des médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et des génériques correspondants, qui forment le répertoire des médicaments génériques. L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires fabricants : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent. Les montants présentés par la suite sont donc des montants hors taxes.

2014

Cnamts (2014). La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence de soins, Paris : Cnamts

Dans le cadre de la convention médicale, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins ont mis en place une nouvelle rémunération des médecins fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Cette rémunération comporte pour les médecins traitants, les cardiologues et les gastroentérologues, quatre volets relatifs à la prévention, au suivi des pathologies chroniques, à la prescription de médicaments et à l'organisation du cabinet. Pour les autres médecins, elle comprend un volet unique relatif à l'organisation du cabinet. Deux ans après sa mise en place, le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique confirme la progression observée en 2012 qui se poursuit en 2013, au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins. Le taux général d'atteinte des objectifs s'améliore, en effet, significativement : il passe en un an de 51,1 % à 59,7 % pour l'ensemble des omnipraticiens, soit 8,6 points de plus. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'opinion de plus en plus favorable : selon une enquête conduite fin 2013, 7 Français sur 10 considèrent désormais que le système de rémunération sur objectifs de santé publique est une bonne chose. Quant aux médecins, s'ils étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place de la relation contractuelle individualisée, en 2011, ils sont aujourd'hui 57 % (dont 71 % pour les médecins ayant signé un CAPI) à considérer que

l'Assurance Maladie les aide par cette évolution à atteindre leurs objectifs de santé publique. De surcroît, pour l'ensemble des objectifs fixés par la convention médicale de 2011, plus de 80 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoient de le faire dans l'année qui vient. Ces perceptions positives trouvent une traduction concrète dans les indicateurs de suivi de la ROSP.

Cnamts (2014). "Medicam 2008- 2013." tabl.

MEDIC'AM 2008-2013 présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2008 à 2013 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Le tableau porte sur les soins de ville : les médicaments délivrés à des patients hospitaliers ne sont pas inclus. Il présente pour chaque médicament, par code CIP, les données sur la base de remboursement ; le montant remboursé ; le dénombrement (nombre de boîtes remboursées) ; la base de remboursement des prescripteurs de ville ; la base de remboursement des autres prescripteurs. Medicam 2012-2014 est aussi disponible : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-type-prescripteur-medicam-2012-2014>

- La collection des Medic'AM : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/medicaments-et-dispositifs-medicaux/medicaments>

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

This paper uses a French reform to evaluate the impacts of price regulation on general practitioners (GP) care provision, fees, and income. This reform has restricted, since 1990, the conditions self-employed GPs have to fulfill to be allowed to over-bill. We exploit 2005 and 2008 Public Health insurance administrative data on GPs activity and fees. We use regression discontinuity techniques in a fuzzy design to estimate causal impacts for GPs who set up practice in 1990 and were constrained to charge regulated prices. Our results suggest that GPs react to income effects. Under price regulation, facing prices lower of 42%, GPs provide 50% of more care than if they could overbill. Male GPs react more than female GPs, which leads to opposite effects on their labor income. GPs are more accessible to patients but may also induce demand. They reduce aside salaried activities, use more lump-sum payment schemes, and occupy more often gate-keeper positions. A complementary analysis at dates closer to the reform suggests that these figures may underestimate the short-term effects of price regulation

Duffaud, S. et Liebart, S. (2014). "Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs." Sante Publique **26**(3) : 323-330.

[BDSP. Notice produite par EHESP pHHGR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Dans de nombreuses situations en médecine générale, la prescription ne fait pas consensus. Cette étude cherchait à objectiver les stratégies utilisées par les généralistes lorsqu'ils choisissent de limiter leurs prescriptions, pour en favoriser le recours. Elle s'appuie sur un échantillon de généralistes, hétérogène en termes de caractéristiques démographiques, d'âge et de mode d'exercice, ont été interrogés grâce à la méthode des entretiens collectifs jusqu'à saturation des données. Trois entretiens ont permis d'interroger 14 femmes et 10 hommes âgés de 32 à 64 ans. Lors de la consultation, différentes stratégies ont été identifiées : l'attitude du praticien (écoute et valorisation des symptômes, identification précoce de la demande du patient, appui de l'examen clinique), l'emploi de ressources pertinentes (outils et référentiels, actualités) ; l'importance de la clôture de la consultation (conseils écrits ou compte rendu de consultation, relecture et réévaluation de l'ordonnance précédente) et de l'explication (informer des motivations de la limitation, rassurer, argumenter, proposer une consultation contrôle). Enfin, la limitation de prescription s'appuie sur des facteurs propres au praticien (formation initiale et continue, motivation et objectifs personnels, appartenance à un groupe de pairs) mais également sur le réseau de soins (apports de l'institution, du spécialiste). Les organismes de formation continue et les instances de santé pourraient favoriser ces stratégies, au bénéfice du patient.

Forlai, A., et al. (2014). "Prescription d'examens biologiques en médecine générale : résultats d'un audit prospectif à 2 tours réalisé par 59 médecins généralistes." *Medecine : Revue De L'unaformec* **10**(4) : 180-186.

Background. Biology is prescribed once on seven in general practice consultation. Because of the large percentage of non-standard values wrongly considered pathological, the risk benefit balance of systematic prescriptions is unfavorable. Method. We conducted a prospective audit in two rounds with Lorraine GPs. A guideline has been constructed using data from the literature and supplemented by professional agreement for 9 exams in 2010 representing 22% of total laboratory tests. Results. The analysis included 42 physicians who completed the two rounds. In the first round, 73.6% of laboratory tests were prescribed as indicated by the reference, 76.5% in the second round ($p = 0.0591$). BCC has been prescribed to 76% in the first round and 81% in the second round according to the reference ($p = 0.160$). Conclusion. The effect of an audit was beneficial on the appropriateness of prescribing new biological tests. This work could be done at the hospital, by other specialists and students SASPAS.

Gimbert, V. et Chauffaut, D. (2014). "Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? (volet 1)." *Note D'Analyse (La)* (9) : 12.

En 2012, plus de 27 milliards d'euros ont été consacrés aux dépenses publiques de médicament en France. Parallèlement, on estime cette même année que 23 300 tonnes de médicaments n'auraient pas été utilisées. Au-delà de la question du prix du médicament – auquel sera consacré le volet 2 de cette note –, celle de ses usages est déterminante. Quelle organisation du système de soins pourrait favoriser un usage plus raisonné, à bon escient, des médicaments ? Le médicament n'est pas un produit comme les autres : s'il a contribué de façon décisive à l'allongement de la vie et à l'amélioration de la santé, il nécessite un usage raisonné puisqu'il peut, à défaut, détériorer l'état de santé. Cette note examine les recours au médicament en ambulatoire sur l'ensemble du cycle de vie du médicament, une fois celui-ci mis sur le marché avec un prix et, le cas échéant, un taux de remboursement. Les usages qu'en font les différents acteurs sont parfois peu pertinents (prescriptions inadaptées, conseils des pharmaciens insuffisants, utilisation peu adéquate de la part des usagers, etc.) et entraînent d'importants coûts sanitaires, économiques et environnementaux. À partir d'exemples observés dans d'autres pays, cette note propose des pistes pour une démarche globale cohérente, impliquant l'ensemble des acteurs, pour favoriser un recours pertinent au médicament (résumé d'auteur).

Monegat, M. et Sermet, C. (2014). "La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (204) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>

La polymédication, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments », est fréquente chez les personnes âgées. Celles-ci sont en effet souvent polyopathologiques et atteintes de maladies chroniques. Mais si la polymédication peut être légitime, elle peut également être inappropriée et, dans tous les cas, comporter des risques d'effets indésirables ou des interactions médicamenteuses. Dans une société vieillissante comme la nôtre, la polymédication est un enjeu majeur de santé publique tant en termes de qualité que d'efficacité des soins et de dépenses de santé. S'intéresser aux définitions et mesures de la polymédication s'avère ainsi nécessaire. À partir d'une revue de littérature, différentes définitions de la polymédication ont été inventoriées (polymédication simultanée, cumulative et continue) et sa mesure a été explorée selon divers seuils. Cinq outils de mesure de la polymédication, parmi les plus souvent utilisés selon la littérature, sont ensuite testés sur la base de données Disease Analyzer d'IMS-Health sur 69 324 patients et 687 médecins. L'objectif est de comparer la capacité des indicateurs à repérer la polymédication et d'évaluer la faisabilité technique de leur calcul.

Inserm (2013). Des médecins pas assez informés sur les effets indésirables des médicaments, Paris : Inserm

Selon une étude internationale conduite auprès de 255 médecins exerçant à Vancouver, Montréal, Sacramento et Toulouse, les médecins généralistes ne reçoivent pas assez d'informations sur les effets indésirables des médicaments lors des présentations réalisées par les visiteurs médicaux de firmes pharmaceutiques. Ces mêmes médecins seraient prêts néanmoins à prescrire en partie les médicaments promus. Le Dr Geneviève Durrieu (équipe Pharmaco-épidémiologie, évaluation de l'utilisation et du risque médicamenteux de l'Unité 1027 « Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps » - Inserm / Université Toulouse III - Paul Sabatier) a mené le volet français de cette étude dont les résultats sont publiés dans le Journal of General Internal Medicine. Dans cette étude internationale, une question est posée : la France fait-elle vraiment figure de bon élève ?

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

La pensée commune dit que l'efficacité de la médecine passe par plus de prescriptions de médicaments, d'analyses de sang, d'exams radiologiques. Que les campagnes de dépistage et de vaccination sont toutes utiles et nécessaires... Mais ce livre démontre aux patients que 30 % des actes médicaux sont inutiles ; que les campagnes de prévention (mammographies, ostéodensitométries, vaccinations contre la grippe, le cancer du col de l'utérus...) n'ont pas l'efficacité que leur prête l'État ; qu'obtenir des prescriptions médicales dans le but de rester en bonne santé est inutile et dangereux ; que les modes de vie et les comportements bien plus que les soins médicaux conditionnent la santé. Du côté des médecins, ce livre prouve que le volume des soins continue de croître sans que leur qualité s'améliore ; une situation qui a un coût : des décès évitables, des milliards d'euros gaspillés chaque année ; que les facultés forment des techniciens de la médecine, pas des soignants ; qu'une écoute prolongée suivie d'un examen physique attentif sont les ressources d'une médecine clinique douce, efficace, économe. ne pas nuire reste la première règle morale. Ce livre dénonce une situation qui perdure depuis des décennies et se poursuivra aussi longtemps que l'organisation des soins restera artisanale et que le pouvoir politique n'aura pas le courage de s'opposer au conservatisme des institutions médicales et universitaires (4e de couverture).

Calop, J., et al. (2013). "De l'historique médicamenteux au suivi du patient : rôle du pharmacien." Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine **197**(8) : 1531-1544.

<http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Le rôle des pharmaciens reste complémentaire de celui des médecins en ce qui concerne les connaissances qu'ils ont des médicaments et des relations qu'ils entretiennent avec les patients au travers de l'ordonnance, en particulier au niveau de l'officine. L'intégration des pharmaciens au sein de l'équipe médicale selon le modèle nord-américain permet une meilleure reconnaissance mutuelle, des interventions de proximité et un rôle apprécié des prescripteurs qui restent rassurés de la vérification de leurs prescriptions et apprécient de voir des éléments analysés qui peuvent optimiser ou modifier des traitements. La prise en compte des relations que le patient entretient avec son traitement et/ou ses médicaments est essentielle à cerner au cours de l'historique médicamenteux du patient. Le modèle français d'enseignement de pharmacie clinique au travers de la cinquième année hospitalouniversitaire s'inspire de cette expérience ; le challenge est de montrer l'intérêt pour les patients, les médecins et les soignants d'avoir des pharmaciens avec eux dans leur équipe. Cette formation fait évoluer le métier en ville et peut faciliter les relations ville hôpital sur les relais pris sur les traitements médicamenteux, ainsi que leur suivi, à condition de bien définir des règles de communication entre les prescripteurs et les dispensateurs.

Clerc, P. et Le, Breton, J. (2013). "Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes." Sciences Sociales Et Santé **31**(3) : 71-101.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0x88ppl. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de dépenses de santé croissantes, de scandales pharmaceutiques, d'émergence de patients polyopathologiques chroniques, la prescription des médecins généralistes est régulièrement remise en cause. Mais la gestion au quotidien du patient polyopathologique par ces praticiens est mal connue.

Nous avons donc réunis 60 médecins généralistes, pendant une journée, pour, d'une part, réfléchir sur leur pratique et, d'autre part, discuter en groupes de pairs autour de diagnostics et de prescriptions réelles de patients polypathologiques chroniques. Les résultats présentés ici montrent le réseau complexe qui se noue en arrière fond de la relation médecin-malade dans ce contexte. La conclusion est qu'il ne sera pas possible d'améliorer la prise en charge de ces patients en ambulatoire sans une réorganisation majeure du système de soins et un changement culturel dans la coopération entre professionnels de santé.

Magnaval, V. (2013). La mention "non substituable" de la prescription à la délivrance : comparaison des points de vue des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine de la région Midi-Pyrénées. Toulouse Université de Toulouse 3 : 55, tabl., graph., fig.

<http://thesesante.ups-tlse.fr/103/1/2013TOU31027.pdf>

Présentée lors du dernier congrès de la Médecine générale (3-5 avril 2014 à Paris), cette thèse compare les points de vue des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine de la région Midi Pyrénées sur le sujet de la mention « non substituable ». Les questions ont porté notamment sur la proportion de la mention " non substituable " indiquée sur les ordonnances, sur les raisons de cette mention lors de la prescription, sur leur confiance dans l'efficacité du générique par rapport au médicament princeps (bioéquivalence), sur les classes de médicaments les plus souvent " non substitués " et pourquoi. Enfin la fréquence de demande des patients pour ne pas substituer les médicaments prescrits a été étudiée. Sur l'ensemble de leurs prescriptions, les médecins généralistes libéraux estiment utiliser la mention NS sur moins de 5 % de leurs ordonnances alors que 47 % des pharmaciens pensent que cette mention figure au moins sur 5 à 15 % des ordonnances qu'ils exécutent. Le point de vue des pharmaciens se rapprochant davantage des données recueillies auprès des caisses. Mais le fait d'ajouter souvent la mention en fin de consultation ou même à distance de celle-ci, amène les médecins à sous estimer leur nombre d'ordonnances NS. La demande exprimée par le patient est le premier déterminant évoqué par les médecins pour justifier cette mention. Pour les pharmaciens, cette présence sur l'ordonnance est la principale raison qu'ils énoncent pour justifier la non substitution ; la demande du patient ne vient qu'en second. La mention " non substituable " est rare pour certaines classes thérapeutiques (antibiotiques, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons, hypocholestérolémiants, antidépresseurs), alors qu'elle est très fréquente pour d'autres qui font l'objet de récentes polémiques sur l'efficacité de leurs génériques (lévothyroxine, antiépileptiques, Plavix). Les réticences à la substitution sont plus fréquentes chez les personnes âgées (plus de 80 %). Enfin, la thèse constate que les médecins ne sont que 54 % à avoir confiance à l'égard de l'équivalence des médicaments génériques avec leur princeps, bien moins que les pharmaciens (86,4 %) et a fortiori les français en général. Une politique de promotion du médicament générique devra donc se concentrer sur les prescripteurs.

Pichetti, S., et al. (2013). "Multilevel analysis of the influence of patients' and general practitioners' characteristics on patented versus multiple-sourced statin prescribing in France." Applied Health Economics and Health Policy **11**(8) : 1-14.

The French National Health Insurance and the Ministry of Health have introduced multiple reforms in recent years to increase prescribing efficiency. These include guidelines, academic detailing, financial incentives for the prescribing and dispensing of generics drugs as well as a voluntary pay-for-performance programme. However, the quality and efficiency of prescribing could be enhanced potentially if there was better understanding of the dynamics of prescribing behaviour in France.

Pichetti, S., et al. (2013). "La diffusion des nouveaux antidiabétiques : une comparaison internationale." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (187) : 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes187.pdf>

La régulation de l'entrée de l'innovation pharmaceutique représente un enjeu d'importance en France, où la structure de consommation se distingue par la large place laissée aux médicaments les plus récents qui sont aussi souvent les plus chers. Les antidiabétiques qui représentent à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu financier pour l'Assurance maladie n'échappent pas à cette règle. En effet l'analyse des données de consommation de cette classe montre encore la propension de la France à

utiliser les molécules les plus récentes et onéreuses : en 2011, les gliptines représentaient 8,2 % des antidiabétiques oraux consommés en France contre 6,2 % en Allemagne, 5,8 % au Royaume-Uni et seulement 4 % en Australie. Du point de vue des processus d'introduction et de diffusion de l'innovation, cette étude met en évidence une ligne de partage entre les pays qui pratiquent systématiquement l'évaluation économique comme l'Australie et le Royaume-Uni, et l'Allemagne qui l'utilise de façon plus occasionnelle ou la France depuis peu. Ces évaluations économiques peuvent impacter les conditions de prise en charge des médicaments à l'image du remboursement conditionnel des gliptines en Australie. Elles influencent également les recommandations à destination des professionnels de santé. Les recommandations professionnelles en Australie et au Royaume-Uni et les toutes nouvelles recommandations françaises hiérarchisent ainsi les traitements contre le diabète selon leur efficacité.

Pichetti, S., et al. (2013). "La diffusion des nouveaux antidiabétiques : une comparaison internationale." *Points de Repère*(40) : 1-10.

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2013-05_nouveaux-antidiabetiques-comparaison-internationale_points-de-repere-40_assurance-maladie.pdf

La régulation de l'entrée de l'innovation pharmaceutique représente un enjeu d'importance en France, où la structure de consommation se distingue par la large place laissée aux médicaments les plus récents qui sont aussi souvent les plus chers. Les antidiabétiques qui représentent à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu financier pour l'Assurance maladie n'échappent pas à cette règle. En effet l'analyse des données de consommation de cette classe montre encore la propension de la France à utiliser les molécules les plus récentes et onéreuses : en 2011, les gliptines représentaient 8,2 % des antidiabétiques oraux consommés en France contre 6,2 % en Allemagne, 5,8 % au Royaume-Uni et seulement 4 % en Australie. Du point de vue des processus d'introduction et de diffusion de l'innovation, cette étude met en évidence une ligne de partage entre les pays qui pratiquent systématiquement l'évaluation économique comme l'Australie et le Royaume-Uni, et l'Allemagne qui l'utilise de façon plus occasionnelle ou la France depuis peu. Ces évaluations économiques peuvent impacter les conditions de prise en charge des médicaments à l'image du remboursement conditionnel des gliptines en Australie. Elles influencent également les recommandations à destination des professionnels de santé. Les recommandations professionnelles en Australie et au Royaume-Uni et les toutes nouvelles recommandations françaises hiérarchisent ainsi les traitements contre le diabète selon leur efficacité.

Pulcini, C., et al. (2013). "Drug-specific quality indicators assessing outpatient antibiotic use among French general practitioners." *European Journal of Public Health* **23**(2) : 262-264.

Vega, A. (2013). "Les médecins libéraux petits prescripteurs : des révélateurs de mutation." *Revue De Droit Sanitaire Et Social*(4) : 606-614.

Les médecins généralistes sont l'objet de multiples attentes des pouvoirs publics. Cependant, leur activité reste difficile à appréhender du fait d'une hétérogénéité des parcours et des orientations professionnelles. L'exercice de la médecine générale se caractérise également par des organisations informelles du travail et par une « personnalisation » des soins importants. A cet égard, il apparaît pertinent d'analyser les pratiques courantes que sont les prescriptions médicamenteuses. En effet, les médecins libéraux revendiquent un ensemble de libertés, dont la liberté de prescription. Or, de multiples influences socio-culturelles pèsent sur les décisions médicales : les prescriptions de médicaments ne sont pas seulement dictées par « la science » mais aussi par un ensemble de contingences déterminant les pratiques médicales. Les observations qui suivent portent sur les usages sociaux des médicaments par les médecins généralistes, et se fondent sur l'hypothèse suivante : les pratiques de prescriptions dépendraient moins du statut du prescripteur (libéral ou non) que d'autres facteurs plus sociologiques et liés à la fois à la trajectoire personnelle et professionnelle des praticiens. Pour le montrer, nous avons poursuivi en 2009-2010 un travail d'observation de consultations et/ou de visites à domicile (débuté en 2003) auprès d'un nouveau panel d'enquêtés, en lien avec la féminisation et l'augmentation du salariat en médecine générale. Parmi eux, nous avons également privilégié les moins prescripteurs : qui sont-ils, et quelles sont leurs difficultés spécifiques au sein de notre système de santé ? Pourquoi ces médecins et ceux qui pratiquent la médecine la plus « économique », en particulier pour l'argent public, semblent-ils les moins encouragés par les pouvoirs

publics ?

Vega, A. (2013). "Les prescripteurs en médecine générale." Pratiques : les Cahiers de la Médecine Utopique(60) : 88-91.

L'objectif de cet article est de dresser un profil des petits prescripteurs de médicaments en France. Une étude qualitative réalisée en 2009-2010 souligne l'importance des motivations à devenir praticien et des modes d'organisation de l'exercice médical.

2012

Ministère chargé de la Santé (2012). La consommation médicamenteuse des personnes âgées en ville. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012 et 2013. Tome 1., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 135-137, tabl., graph., fig.

La dépense de médicaments en ville s'est élevée à 22,6 Md en 2011. Une grande part de cette dépense est consacrée aux personnes âgées de plus de 65 ans. Cette catégorie représente en effet 17 % de la population française (13 % pour les plus de 70 ans) mais a concentré près de 44 % de la dépense remboursée de médicaments en ville en 2011. La croissance de la dépense globale est tirée par les traitements de pathologies souvent liées à l'âge.

Cnamts (2012). Médicaments génériques et mention « non substituable » : résultats d'une étude de l'Assurance Maladie, Paris : CNAMTS

Face aux interrogations croissantes sur l'utilisation par les médecins de la mention « non substituable » (NS) pour leurs prescriptions de médicaments, l'assurance Maladie a souhaité évaluer de manière précise la réalité des pratiques actuelles dans ce domaine. Une étude portant sur un large échantillon (12 000 ordonnances délivrées sur la quasi-totalité du territoire, plus de 8000 pharmacies) a ainsi été menée dans 100 caisses primaires d'assurance maladie afin de disposer de données fiables et objectives et de les mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs du système de santé. Les résultats de cette étude montrent que le taux de mention « non substituable » à la ligne de produit s'élève à 4,2% seulement sur les ordonnances analysées, témoignant d'une utilisation peu fréquente du NS parmi les médecins.

Faroudja, J. M. r. (2012). La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien. Paris CNOM : 105.

Cette étude a pour but de situer exactement la place du médicament dans la relation incontournable et indispensable des acteurs de santé, au service du patient. Ce sujet très vaste sera volontairement limité aux aspects réglementaires, éthiques et déontologiques qui émaillent le parcours de la molécule, de sa conception aux effets attendus, ou à ceux qui le sont moins entre les mains expertes de celui qui conçoit, de celui qui produit, de celui qui prescrit et enfin de celui qui délivre le médicament dans l'intérêt souverain du malade qui se soigne, ou consomme, selon le cas ? (résumé de l'éditeur)

Foisset, E. (2012). Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons. Brest Faculté de médecine. **Thèse de médecine ; Médecine générale** : 197.

<http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/these-etienne-foisset.pdf>

L'hypothèse que les actions marketing de l'industrie pharmaceutique à destination des médecins, à travers la visite médicale, vont entraîner des habitudes de prescription traduisant les intérêts des firmes au détriment des intérêts des patients ou des caisses d'assurance maladie se vérifie dans cette étude scientifique qui analyse les prescriptions de 179 médecins généralistes bretons tirés au sort.

Legal, R. et Pilorge, C. (2012). "Coût de l'ordonnance des médecins généralistes : une analyse sur les données de l'EPPM." Economie Publique(28-29) : 239-269, tabl., graph.

Cet article examine de manière critique la possibilité de cibler les médecins dont le coût de prescription est sensiblement plus élevé que la moyenne, à partir d'un indicateur financier fondé sur le coût des ordonnances. Il analyse à partir des données de l'enquête permanente de la prescription médicale (EPPM) la sensibilité de cet indicateur à la méthode retenue d'ajustement au risque. Les résultats indiquent que l'état actuel des systèmes d'information, pour évaluer les pratiques de prescription des médecins, il faut privilégier les indicateurs ciblés sur une classe de médicament ou sur une pathologie donnée.

Sermet, C. et Pichetti, S. (2012). "Une prescription sous influence(s)." *Après Demain*(22) : 25-27.

En France, 90% des consultations de généraliste se concluent par la prescription d'une ordonnance de médicament(s). Ce résultat massif contraste avec ce qui est observé chez nos voisins européens. Par ailleurs, la prescription française de médicaments donne souvent priorité aux produits les plus récents et les plus chers. L'analyse des facteurs influençant la prescription permet de mieux comprendre les raisons de cette spécificité française : on verra que les médecins sont loin d'en être les seuls responsables.

Vega, A. (2012). "Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : paradoxes et propositions." *Medecine : Revue De L'unaformec* 8(5) : 223-227.

Dans un premier article, nous avons vu comment des facteurs non cliniques favorisent plutôt des ordonnances cumulatives et morcelées. Contrairement aux discours leitmotiv sur la « pression » des patients, ces derniers « modéraient » plutôt les ordonnances. Au sortir des facultés, les praticiens avaient généralement des représentations peu critiques des médicaments, s'interrogeaient peu sur le pourquoi de leur réflexe « médicament-ordonnance », avaient peu été mis en garde contre les stratégies des firmes pharmaceutiques. Ils s'en remettaient souvent aux médecins « experts », ne cherchant pas d'informations supplémentaires et indépendantes sur les produits. Ils n'avaient pas davantage été habitués à partager leurs décisions de prescription avec des non-médecins, et en particulier avec les patients. Le second volet de cette étude a permis de dégager différents « profils » de prescripteurs selon leurs rapports à l'ordonnance, aux autres professionnels et aux patients (observations), et d'après leurs biographies, motivations personnelles et parcours professionnels (entretiens enrichis par l'analyse de relevés d'activités chez les médecins libéraux).

Vega, A. (2012). "Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français." *Medecine : Revue De L'unaformec* 8(4) : 169-173.

Le médicament a un rôle central et symbolique dans la relation patient-médecin, tant du côté du soigné que du soignant. L'objectivité en matière de prescription n'est pas plus automatique que la neutralité du médecin n'est réelle : il a des opinions, il fait des choix qui sont en lien avec sa propre histoire, sa perception personnelle des risques et son origine culturelle. De nombreuses études sociologiques comparant les différents pays européens ont observé une « exception française » caractérisée par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée. S'il existe aux Pays-Bas par exemple, où la consommation et les prescriptions sont les plus basses d'Europe, un certain « scepticisme » à l'égard du médicament, il y a en France des logiques culturelles de « réparation instantanée » via le médicament chez les praticiens et les patients, qui recourent plus vite qu'ailleurs à eux ; le médicament est « l'outil » central et l'ordonnance répond à d'autres fonctions, notamment celle de valider la légitimité professionnelle en matérialisant la capacité du médecin à poser un diagnostic et « trouver » un traitement. Les publications les plus critiques à l'égard de prescriptions « inadaptées » ou de « dérives médicamenteuses » ont été réalisées à partir du recueil de données qualitatives et quantitatives nord-américaines. Elles concernent surtout les produits psychotropes en médecine générale. Car Outre-Atlantique, mais aussi en France ainsi qu'en Belgique et en Grande-Bretagne (données OPEPS, 2006), les généralistes sont devenus les principaux prescripteurs des psychotropes (en dehors des neuroleptiques) ; les plus prescripteurs de ces produits le sont également d'autres médicaments. Les différents travaux sur les prescriptions soulignent tantôt le « déni » de l'influence des industries du médicament, tantôt la méconnaissance par les médecins de l'origine et des conséquences de leurs propres prescriptions.

2011

Bras, P. L. (2011). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise." *Journal D'economie Medicale* 29(5) : 216-230.

[BDSP. Notice produite par ORSRA mn8kR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. Des dispositifs de rémunération selon les performances ont été mis en place en Angleterre (Quality Outcome Framework, QOF) et en France (contrat d'amélioration des pratiques, CAPI) pour les médecins de premier recours. La mise en regard de ces deux démarches fait apparaître des divergences fondamentales. Le système français est plus fruste que le dispositif anglais (moindre investissement, indicateurs limités, introduction d'objectifs d'économies immédiates, quasiment pas d'indicateurs de résultats, absence de modulation selon la composition ou le comportement de la patientèle, gestion des données externes au cabinet). La rusticité du système français s'explique notamment par le contexte politique des relations avec le corps médical. Le système anglais a été négocié avec les représentants de médecins et fait l'objet d'un large consensus au sein du corps médical. Le système français a été mis en place malgré l'opposition du corps médical. Par ailleurs, l'essentiel des différences tient non pas au dispositif lui-même mais à ses destinataires. Le QOF s'adresse à des cabinets dotés d'outils informatiques développés et organisés en équipe. Ils peuvent de ce fait gérer les incitations qui leur sont adressées. En France, le dispositif s'adresse à des médecins isolés qui disposent de peu de moyens techniques ou humains. Le contexte d'implantation apparaît comme un élément déterminant des effets que l'on peut attendre de cette forme de rémunération.

Vega, A. (2011). Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Roubaix Formindep : (200), annexes.

Au regard de nombreuses études internationales, l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions de médicaments n'est plus à démontrer. Suite aux différentes affaires révélées dans les médias, il est désormais connu que les pressions des industriels s'exercent conjointement en France à tous les niveaux du système de santé : à l'hôpital, en médecine de ville, via la presse professionnelle et dans les instances de régulation nationale (au sein des principaux organes de décision de mise sur le marché des produits). Pourtant, les médecins, dont les médecins généralistes, continuent dans leur grande majorité soit à collaborer activement avec les firmes, soit à dénier être influencés par ces dernières. En repartant d'abord de faits observés en médecine générale, puis en s'appuyant sur les données d'enquêtes réalisées auprès d'autres médecins, il s'agit de mieux comprendre l'origine de ces dénis, c'est-à-dire de présenter quelles sont concrètement les stratégies des industriels.

Vega, A. (2011). Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique - Recherche en ethno-sociologie médicale. Paris Formindep : 17.

Docteur en anthropologie sociale et ethnologie, Anne Vega a mené une enquête sur le rapport des médecins aux médicaments et l'influence des firmes pharmaceutiques sur leur pratique. Dans cette étude publiée sur le site du Formindep, association pour une formation professionnelle indépendante, la chercheuse observe une forte tradition positiviste vis-à-vis des médicaments. Les praticiens ne sont habitués ni à développer leur esprit critique sur les médicaments, ni à s'interroger sur les pratiques [de prescription] médicales. Ainsi, l'émission d'une ordonnance devient un réflexe. De plus, les médecins tendent de plus en plus à fournir une réponse médicamenteuse à certains problèmes sociaux. Enfin, les laboratoires deviennent très vite des partenaires, qui tentent de rester au plus près des besoins des praticiens, leur délivrant des informations à minima et recourant à la flatterie.

2010

HCSP (2010). Evaluation du Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010. Paris Haut Conseil de la santé publique : 83.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110204_pnpeantibio.pdf

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

Face à une augmentation de la consommation des antibiotiques en 2009, après une période de baisse entre 2000 et 2008, et l'apparition de nouvelles bactéries multirésistantes, le comité de suivi du Haut Conseil de la santé publique a effectué, à la demande du Ministère de la Santé, une première évaluation du plan 2007-2011 et établi des recommandations pour le troisième plan actuellement en préparation. Si des points positifs ont été soulignés par le comité (mise en place d'outils de « bon usage des antibiotiques » dans les établissements de soins, synergie avec le plan de lutte contre les infections nosocomiales), des faiblesses ont été également mises en avant : objectifs trop nombreux et non prioritaires, faible implication des médecins généralistes, fragilité et une inégalité des relais régionaux notamment au niveau des établissements de santé.

Clerc, P., et al. (2010). "Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (156) : 6.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>

Dans un contexte où les maladies chroniques sont en augmentation constante, les risques associés au traitement médicamenteux de patients atteints de multiples pathologies restent mal documentés. Or, si certains effets indésirables sont inévitables car inhérents à l'usage du médicament, d'autres sont évitables car résultant d'une utilisation non conforme aux indications et recommandations. L'étude expérimentale Polychrome apporte un éclairage sur la question. Elle montre d'une part que la polyopathie occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement d'un phénomène de polyprescription ; et, d'autre part, que cette polyprescription n'est pas dénuée de risque iatrogénique. Toutefois, les effets indésirables graves sont relativement rares. Plus généralement, l'étude montre que la qualité des ordonnances peut être améliorée, les modifications les plus nombreuses concernant l'imprécision de la prescription ou un dosage inadéquat, et les autres modifications visant à réduire le nombre de médicaments prescrits. Si l'étude Polychrome reste expérimentale, elle met toutefois en évidence les difficultés pour les généralistes de la prise en charge de ces patients polyopathologiques, et offre des perspectives intéressantes pour favoriser le bon usage du médicament et son utilisation en association avec d'autres moyens thérapeutiques non médicamenteux (résumé d'auteur).

Com-Ruelle, L., et al. (2010). "Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (152) : 8.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes152.pdf>

En France, selon les résultats de l'appariement des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006 avec celles de l'Assurance maladie, la dépense médicale totale en soins de ville des asthmatiques est une fois et demie supérieure à celle des non-asthmatiques en raison de leur asthme, du niveau de contrôle de leurs symptômes, mais aussi d'autres maladies plus fréquentes chez eux. Six asthmatiques sur dix ont toutefois leurs symptômes insuffisamment contrôlés et seuls 12,5 % d'entre eux ont consulté un pneumologue de ville, le médecin généraliste restant pour tous les asthmatiques en première ligne de leur suivi. Les médicaments arrivent en tête des dépenses de ville liées à l'asthme mais se concentrent, selon les classes thérapeutiques, sur une part de consommateurs variables. Un tiers des asthmatiques n'a eu aucun traitement antiasthmatique. Ceci suggère que les professionnels de santé ont encore des marges de manœuvre pour améliorer la prise en charge des malades sur le plan médical ainsi qu'en termes d'éducation thérapeutique et de mesures environnementales.

Guillemaud, C. (2010). Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale. Paris SFMG : 72.
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/601/fichier_cguillebaud_these_vfde0b2.pdf

L'augmentation du nombre de patients polyopathologiques et polymédiqués conduit à des interrogations sur leur prise en charge au quotidien : Comment arbitrer la balance entre bénéfique et risque de la polyprescription ? Quels sont les facteurs qui influencent le praticien dans sa décision de polyprescription ? L'objectif de cette thèse réalisée dans le cadre de l'étude Polychrome menée par la Société française de médecine générale (SFMG) était de distinguer les freins et les leviers à l'optimisation de ce type de prescriptions. Ce travail de recherche qualitatif a été réalisé pour

identifier les déterminants sociologiques et comportementaux associés aux ordonnances de polyprescription en médecine générale selon le point de vue des médecins généralistes. L'analyse du ressenti de leur pratique quotidienne a permis de mettre en évidence une nouvelle dimension de cette problématique, ainsi que de proposer des solutions pratiques d'optimisation pour ce type d'ordonnance.

2009

Abecassis, P. et Coutinet, N. (2009). "Le colloque singulier sur ordonnance des firmes pharmaceutiques." Journal D'economie Medicale **27**(3) : 146-164, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 87oGpR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Si l'industrie pharmaceutique a toujours été un acteur incontournable des systèmes de santé, les bouleversements de son modèle de production et de son environnement survenus au cours de la dernière décennie l'ont obligée à s'adapter et l'ont conduite à multiplier et à amplifier ses actions de marketing auprès des prescripteurs et des patients ainsi que ses démarches de lobbying auprès des pouvoirs publics. Cette omniprésence de l'industrie, qui, de la formation des praticiens à l'observance de la prescription, intervient à toutes les étapes du processus de soins, peut s'apparenter à une nouvelle forme d'induction de la demande. Si tel est le cas, ceci ne peut que poser question, sur le plan de l'efficacité des soins bien sûr, mais aussi sur celui de l'efficacité des politiques économiques de santé, que l'opportunisme des firmes peut faire dévier de leur objectif d'optimum social. (résumé d'auteur).

Clerc, P. (2009). Étude polychrome : rapport final Inserm. Paris SFMG : 130, tab., graph., fig.

http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbf13853fd9e86.pdf

Les objectifs de cette recherche étaient les suivants : définir de façon empirique la maladie chronique à partir de l'étude des patients pris en charge en médecine générale, caractériser les situations cliniques de ces malades (typologie des maladies chroniques), identifier les combinaisons les plus fréquentes de pathologies chroniques, puis sélectionner et décrire les médicaments les plus fréquemment prescrits dans chaque classe de la typologie ; estimer les risques iatrogènes des associations de médicaments observées, évaluer les situations cliniques de polyopathie et de polymédication en se plaçant du point de vue de cliniciens experts, identifier les facteurs déterminants des décisions de prescription des médecins généralistes face aux situations cliniques sélectionnées pour les experts ; proposer des solutions aux problèmes posés, en utilisant d'une part les résultats de la recherche analysés en comité de pilotage, et d'autre part les propositions émises par les médecins généralistes au cours des focus groupes. Les données de ce travail sont issues de l'entrepôt de données développé par la Société Française de Médecine Générale à partir d'un réseau informatisé de médecins généralistes (Observatoire de la Médecine Générale). Ceux-ci utilisent pour leurs consultations médicales et la tenue d'un dossier médical informatisé un Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) de 277 définitions transcodées en CIM10 et qui représentent 95% des problèmes pris en charge en médecine générale, un code de suivi des épisodes de soin, et une base de médicaments (Thériaque) utilisée pour leurs ordonnances, au cours de chacune de leurs consultations médicales.

Clerc, P., et al. (2009). "Étude polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale." Pratiques Et Organisation Des Soins(3) : 167-175, tabl., fig.

<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-3-page-167.htm?ref=doi>

[BDSP. Notice produite par CNAMTS CqFlpR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude a pour objectif de déterminer si un programme d'optimisation d'ordonnances de polyprescription par une équipe médicale pluridisciplinaire permettrait d'améliorer la qualité des ordonnances.

Dumontaux, N. et Pichetti, S. (2009). "Impacts de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees) (13) : 11, tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss13.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE roIROxmr. Diffusion soumise à autorisation]. À la suite de la réévaluation du service médical rendu (SMR), les veinotoniques ont été déremboursés. La décision d'arrêter les veinotoniques est principalement prise par le patient. Cependant, deux patients sur trois ont continué ces traitements, mais les quantités prescrites ont diminué faiblement. Les médecins femmes ont tendance à maintenir ce type de prescriptions, à l'inverse de leurs confrères hommes et des médecins les plus jeunes qui ne prescrivent presque plus les veinotoniques. Toutefois, les patients âgés bénéficient encore de ces prescriptions, dans une moindre mesure.

Vega, A. (2009). "Médecins et médicaments. Un regard sociologique." Medecine : Revue De L'unaformec 5(3) : 133-136.

La comparaison de deux ouvrages récents, ceux de Philippe Urfalino (Le grand méchant loup pharmaceutique) et de Philippe Pignarre (Le grand secret de l'industrie pharmaceutique), à une étude de référence en sociologie, celle de Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty (L'invasion pharmaceutique), publiée près de 30 ans auparavant, permet de rappeler quelques constantes à propos du médicament : ses enjeux, ses fonctions sociales, les espoirs qu'il suscite, les usages stratégiques de l'information « scientifique » par les laboratoires pharmaceutiques

Ventelou, B. et Rolland, S. (2009). "Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments." Sante Publique(2) : 129-137.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8kGCR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. La loi de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 ("médecin traitant") cherche à améliorer l'usage des médicaments, notamment en luttant contre le risque iatrogène. Cette étude porte sur la manière dont les médecins généralistes relayent dans leur pratique cette politique publique. Cinq cent vingt-huit médecins généralistes de la région PACA ont participé à une enquête téléphonique. Le questionnaire évaluait leur implication dans l'information des patients sur les risques liés à l'automédication et sur la prévention des iatrogénies médicamenteuses. On constate que le repérage des effets iatrogènes est bien intégré dans les pratiques (87,3 % des médecins généralistes la font fréquemment), mais que l'information sur les risques de l'automédication est moins suivie (46,1 %). Les généralistes exerçant en commune rurale sont plus réguliers dans le repérage du risque iatrogénique que leurs confrères urbains. Le manque de temps et la surcharge de travail semblent entraver fortement l'engagement des médecins dans ce type d'actions de prévention, ainsi que le problème de la coordination entre prescripteurs.

Verger, P., et al. (2009). "Drug reimbursement and GPs' prescribing decisions: a randomized case-vignette study about the pharmacotherapy of obesity associated with type 2 diabetes: how GPs react to drug reimbursement." Fundamental & Clinical Pharmacology : 1-8.

2008

Amalric, F. et Loock, J. (2008). Caractériser le modèle français de prescription : une évaluation critique des indicateurs utilisés. Paris IMS Health : 23.

<https://www.leem.org/sites/default/files/1430.pdf>

La consommation de médicaments reste plus élevée en France que dans les autres pays européens malgré la convergence importante opérée ces dernières années. Diverses instances publiques comme le Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ou la MECSS ont trouvé une explication à ce constat : les médecins français auraient tendance à prescrire plus de médicaments que leurs homologues européens. Cette forte propension à prescrire serait même constitutive d'un modèle français de prescription, selon l'expression du HCAAM. Preuves à l'appui : le ratio rapportant le nombre de consultations se finissant par une prescription médicamenteuse au nombre total de consultations, et le nombre de lignes de prescription par ordonnance seraient plus élevés en France que dans les autres pays européens. Ces deux indicateurs sont très en vogue. Ils sont repris par plusieurs études influentes sur la prescription, et sont par ailleurs utilisés pour orienter l'action politique visant à contenir la consommation médicamenteuse. Mais ces indicateurs sont-ils vraiment

appropriés pour rendre compte de la propension à prescrire des médecins ?

Clerc, P., et al. (2008). "Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription." Pratiques Et Organisation Des Soins **39**(1) : 43-51.

L'étude Polychrome a pour objectif, à son terme, de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque, liés à la polyprescription en médecine générale. Dans un premier temps, l'objectif opérationnel des auteurs a été d'identifier et de caractériser les situations cliniques correspondant aux combinaisons les plus fréquentes de maladies chroniques, en fonction de la nature de ces associations, des caractéristiques des séances dans lesquelles ils s'inscrivent, des patients concernés et des médecins les traitant. Cette typologie permettra secondairement la liaison avec les associations médicamenteuses.

Lemorton, C. (2008). Médicaments : prescrire moins, consommer mieux - Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Rapport d'information ; 848. Paris Assemblée Nationale : 273, annexes.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0848.pdf>

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a consacré son premier rapport de la législature à « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ». Elle a choisi de centrer son analyse sur la prescription et la consommation de médicaments en ville et sur la fiscalité spécifique au secteur du médicament. Le rapport établit d'abord le constat que la France se caractérise par une consommation de médicaments record qui est la conséquence de comportements de prescription et de consommation difficiles à modifier. Le rapport formule ensuite un ensemble cohérent de recommandations visant à développer un partenariat de santé favorable au bon usage des médicaments. Il est proposé d'améliorer l'encadrement de la vie du médicament, de renforcer la sélectivité de l'accès au remboursement et de gérer de manière plus active la liste des médicaments remboursables. Plusieurs propositions visent à favoriser l'évolution des comportements des prescripteurs et des consommateurs de médicaments en créant une base d'information exhaustive et gratuite sur les médicaments, en rééquilibrant l'information des médecins sur les médicaments, en réformant la formation médicale initiale des médecins et en veillant à assurer à la fois la montée en charge effective de la formation continue des médecins et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. La Mission souhaite ainsi que la Haute Autorité de santé dispose d'un corps de « délégués de santé » pour informer les prescripteurs sur le bon usage des médicaments, que les logiciels d'aide à la prescription soient obligatoirement certifiés, que l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) pilote la diffusion de l'information en direction du grand public et que l'information sur Internet concernant les médicaments soit développée et fiabilisée. La Mission propose aussi de favoriser la prescription de génériques, d'encadrer le développement d'une automédication responsable et d'amplifier la prévention ainsi que le conseil et l'accompagnement des patients relevant d'une affection de longue durée. Par ailleurs, il est proposé de simplifier, de stabiliser et de rendre plus structurante la fiscalité spécifique au secteur du médicament.

Tibi-Levy, Y., et al. (2008). "The cost of treating high blood pressure in general practice in France." European Journal of Health Economics (the) **9**(3) : 229-236, 227 tabl.

In this study, the cost of having high blood pressure treated by French general practitioners was estimated, using an analysis of the computerized records for 28,015 patients with either hypertension or history of hypertension over three years. Costs due to visits, drugs, and complementary tests were included. The average annual cost of treatment was 597? (SD 377?). The annual average cost of drugs was 447?, and antihypertensive drugs 258?. The average annual cost of patients who were controlled throughout the period was 537e, patients who were normalized cost 595?, and patients who deteriorated cost 612?.

2007

Boyc, K. S., et al. (2007). "Trends in the prescription of antidiabetic medications in France: Evidence from primary care physicians." *Advances in Therapy* **24**(4) : 803-813.

Devaux, M., et al. (2007). "Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (128) : 1-6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf>

Suite à la vague de déremboursement du 1er mars 2006, les médecins généralistes ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes supérieures et inférieures. De ce point de vue, la mesure peut être considérée comme efficace. Il s'avère toutefois que les médecins ont reporté, selon le diagnostic, leur prescription vers d'autres classes thérapeutiques comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques, la justification médicale de ce report n'étant pas toujours facile à établir. En termes économiques, le prix des mucolytiques et des expectorants étant peu élevé, la mesure n'a pas de répercussions sur le coût de l'ordonnance qui reste stable malgré les reports et l'augmentation tendancielle de la prescription des autres classes de médicaments.

Huas, C., et al. (2007). Has antibiotic use decreased in GP in acute bronchitis in France between 2001 and 2004?, Paris : SFMG

Cette communication présentée à Wonca Europe étudie l'évolution de la prescription d'antibiotiques pour bronchite aiguë chez les médecins généralistes à partir de l'échantillon des médecins généralistes de l'OGM. Les résultats obtenus sont les suivants. 85 MG de l'organisation des Médecins Généralistes (OMG) participant ont réalisé en 2001 315 137 consultations au bénéfice de 107 166 patients et en 2004 301 926 consultations au bénéfice de 104 912 patients. La part de consultations présentant un RC « bronchite aiguë » a légèrement décroché, passant de 1,7% en 2001 à 1,5% en 2004 (5 358 consultations versus 4 519). En 2001 70,3% de ces consultations avaient donné lieu à une prescription d'antibiotique contre 57,1% en 2004 ($p < 0,0001$). Cette diminution est retrouvée dans toutes les tranches d'âge mais n'est significative que pour les 00 ? 79 ans. L'analyse par classes ATC montre que les bêta-lactamines et les macrolides représentent 93% des prescriptions (23% pour les céphalosporines, 41% pour les pénicillines et 29% pour les macrolides), stables d'une année sur l'autre. Dans le groupe des pénicillines la part des pénicillines associées diminuait de 33,6% à 27,8% ($p < 0,001$), semble-t-il au profit de l'amoxicilline. L'article termine sur cette conclusion Conclusion : une diminution significative de l'antibiothérapie dans les bronchites aiguës est trouvée. Celle-ci n'est pas associée à un déplacement des prescriptions en dehors d'une légère diminution de la part des pénicillines associées.

Jourdain, M., et al. (2007). Has GP reduced antibiotics prescription in rhinopharyngitis?, Paris : SFMG

Cette communication a été présentée à Wonca Europe 2007 et présente les premiers résultats d'une étude sur la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite en médecine générale en France. 85 médecins généralistes participant ont réalisé en 2001, 315 137 consultations au bénéfice de 107 166 patients et en 2004 301 926 consultations au bénéfice de 104 912 patients. Le nombre de consultations présentant un RC rhinopharyngites a diminué significativement ($p < 0,0001$) de 17 328 consultations en 2001 (5,5 % du total) à 15 387 en 2004 (5,1 %). En 2001 41,6 % de ces consultations avaient donné lieu à une prescription d'antibiotique contre 24,0 % en 2004 ($p < 0,001$). Cette diminution est retrouvée dans toutes les tranches d'âge ; elle est significative pour toutes les tranches d'âge à l'exception des 80 ans et plus. L'analyse par classe ATC montre une diminution significative de la part des pénicillines (y compris les pénicillines associées et à large spectre) dans les prescriptions d'antibiotique de 43,8 % en 2001 à 39,1 % en 2004 ($p = 0,001$) et une diminution des macrolides de 22,9 % à 20,2% ($p < 0,001$). La part du clofoctol passait de 7,1 % en 2001 à 15,5 % en 2004. La conclusion est la suivante : on trouve une diminution majeure de l'antibiothérapie dans les rhinopharyngites, significative pour toutes les classes d'âge inférieures à 80 ans. Celle-ci est associée à un déplacement des prescriptions avec diminution des pénicillines et des macrolides au profit du clofoctol.

Le, Pen, C. et al. (2007). La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. Paris LEEM : 59, 39 tabl., ann.

<http://www.leem.org/sites/default/files/914.pdf>

A partir des données d'IMS Health, cette étude compare la consommation pharmaceutique de cinq pays d'Europe : France, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, dont les systèmes de santé sont relativement proches. L'étude comporte deux parties obéissant à des objectifs différents et fondées sur des approches méthodologiques différentes. La première porte sur l'étude globale des volumes de prescriptions. Elle vise à caractériser le niveau de consommation médicamenteuse en France au regard des principaux autres marchés européens. Il s'agit d'une approche uniquement quantitative, fondée sur des comparaisons de volumes de consommation pour 100.000 habitants. Elle soulève néanmoins des questions méthodologiques intéressantes comme l'influence des hypothèses de mesure. Cette analyse est complétée par une deuxième partie de nature plus qualitative, consacrée à une étude médicalisée des structures de consommation. L'objectif est de caractériser ces dernières par rapport aux pratiques médicales et aux recommandations de bonne pratique dans une « pathologie traceuse » le suivi des patients après un infarctus du myocarde qui a l'avantage de répondre à une définition précise, partagée internationalement, et dont la prise en charge fait l'objet de recommandations européennes. C'est donc un bon modèle pour montrer l'influence de l'hétérogénéité des pratiques sur les niveaux de consommation dans les différents pays étudiés.

Polton, D., et al. (2007). "Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française." Revue Française Des Affaires Sociales(3-4) : 73-86, graph.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qEHR0x9s. Diffusion soumise à autorisation]. Il existe en France des gains d'efficacité potentiels importants, dans le domaine de l'utilisation du médicament. Par rapport à des pays comparables, la France se caractérise par une dépense pharmaceutique particulièrement élevée. Cependant, les pratiques de prescriptions sont variable, inégales en qualité et en conformité aux recommandations médicales, voire excessives. C'est pourquoi, depuis quelques années, l'assurance maladie a mené des actions pour faire évoluer ces comportements de prescription. Ces actions s'appuient sur des campagnes de communication auprès du grand public et par une sensibilisation des professionnels aux références de bonne pratique. Le développement de cette démarche s'est appuyé sur la constitution d'un réseau de délégués de l'assurance maladie (DAM), par le développement des systèmes d'information et par un effort de traduction des recommandations sous forme de "mémos". En définitive, il existe des marges pour accroître l'efficacité du système de soins afin de gagner à la fois en coût et en qualité.

Viens, G., et al. (2007). Evolution comparée de la consommation de médicaments dans 5 pays européens entre 2000 et 2004 : analyse de 7 classes pharmaco-thérapeutiques. Paris ESSEC : 22, 13 fig.

Le niveau de consommation de médicaments en France est souvent considéré comme étant l'un des plus importants d'Europe. Cette étude cherche à vérifier la persistance de cette affirmation sur la période 2000-2004 en comparant les niveaux de consommation de 7 classes de médicaments en Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni. Non seulement la France n'était plus en 2004 le premier consommateur dans les 7 classes étudiées mais on constate un rapprochement aussi bien des niveaux de consommation que des structures de consommation entre les 5 pays.

2006

Alix, C. (2006). "Regards croisés sur les facteurs explicatifs des comportements de prescriptions des médecins généralistes." Notes Et Documents(46) : 66, tabl., graph., annexes.

L'objectif de cette étude était de tenter d'expliquer les disparités de prescriptions entre médecins généralistes au niveau de la région bourguignonne. Dans un premier temps, elle examine les facteurs sociodémographiques, les indicateurs de précarité, d'offre de soins et d'état de santé. Dans un second

temps, l'aspect qualitatif a été privilégié par la réalisation de rencontres avec des professionnels de santé.

2005

Inserm (2005). Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs (ATD) dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA : appel à propositions 2002 CNRS - Inserm - Mire - Drees : rapport final. Paris INSERM : 163.

Ce rapport présente les résultats du travail de recherche sur les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs (ATD) dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux constitués en région PACA en 2002. Après un rappel des objectifs et de la méthodologie suivie, une partie expose les principaux résultats descriptifs de l'enquête (taux de participation des médecins, taux de réponse des patients, nombre de questionnaires retournés, principaux résultats descriptifs...).

Amar, E. et Pereira, C. (2005). "Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants." Etudes Et Resultats(440) : 12, 15 graph., 14 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er440.pdf>

L'enquête sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux menée par la DREES en 2002 a permis de recueillir auprès de 922 praticiens des informations sur 44 000 consultations réalisées à leur cabinet et 6 000 visites effectuées auprès des patients. Une première exploitation de l'enquête a permis de distinguer huit grands types de recours aux médecins généralistes. L'étude présentée ici analyse les décisions médicales prises par les généralistes au cours ou à l'issue de leurs consultations, et plus particulièrement, les prescriptions de médicaments. Elle tente à cet égard de mettre en évidence l'influence des interactions entre les médecins et leurs patients sur ces décisions.

Gaillat, J. (2005). "Impact des recommandations sur l'usage des antibiotiques en médecine de ville." Antibiotiques : Journal Des Agents Anti-Infectieux 7(4) : 213-218.

L'analyse présentée dans cet article se base sur une recherche bibliographique systématique sur trois sites : Medline, Afssaps, site du CreDES.

Marchal, C., et al. (2005). "Mesure de l'efficacité d'une méthode d'accompagnement individuel des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques : l'audit-retour d'informations avec échange confraternel." Revue Médicale De L'assurance Maladie(2) : 133-141.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS eXa24R0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude est de mesurer les effets sur la pratique des médecins généralistes d'un retour d'informations sur leurs prescriptions d'antibiotiques, et d'en comparer trois méthodes : retour simple, retour accompagné d'un échange par téléphone, retour accompagné d'un échange au cabinet (les deux derniers réalisés par un médecin-conseil). Il ressort que l'audit-retour d'informations associé à un échange par téléphone (aussi efficace et moins coûteux que l'échange au cabinet) est une méthode d'accompagnement efficiente qu'il conviendra de tester à plus long terme et dans le cadre de la prise en charge médicale d'autres affections, notamment chroniques.

Ritchie, K., et al. (2005). Etude de la prise en charge des troubles mentaux et de la prescription de psychotropes en médecine générale : perspectives des médecins et des patients. Rapport final. Montpellier INSERM E361 : 61.

La pathologie mentale rencontrée en cabinet de médecine générale pose un véritable problème de santé publique. Pour autant, les recherches dans ce domaine sont encore trop peu nombreuses pour permettre de disposer de données françaises suffisantes. Cette étude, réalisée dans la région de Montpellier vise notamment à vérifier l'adéquation entre prescription de psychotropes et pathologie

diagnostiquée. L'utilisation d'outils validés - questionnaire PRIME MD - parallèlement au diagnostic du médecin a permis d'établir les prévalences et d'évaluer le dépistage des pathologies rencontrées. L'étude présente l'originalité d'avoir été conduite directement dans des cabinets de médecine générale.

2004

Cnamts (2004). "Disparités des prescriptions médicales : synthèse des connaissances et point sur les actions." Point D'information Mensuel : 4.

https://www.caducee.net/Communiqués/24112004/2411200411_prescription-geo_ameli02.asp

Les dépenses de prescriptions médicales connaissent parfois de fortes disparités géographiques qui ne semblent s'expliquer ni par le profil des patients, ni par les caractéristiques de l'offre locale de soins. Ce document propose une analyse détaillée de ces disparités et fait un point de situation sur les actions menées.

Cnamts (2004). "Les dépenses du secteur médico-social en 2003 - A propos des dépenses non médicalement justifiées - Les comportements de prescription des médecins généralistes : une variabilité géographique considérable." Point De Conjoncture (Cnamts) (25) : 38.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS N4ixYR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La rubrique "Un aperçu de la conjoncture récente" présente les dépenses du secteur médico-social en 2003 à la lumière des évolutions réglementaires intervenues depuis 2002 et détaille les secteurs "personnes handicapées" et "personnes âgées". Les deux "Coups de projecteur" analysent les dépenses non médicalement justifiées et la variabilité géographique considérable de comportements de prescription des médecins généralistes.

Cnamts (2004). "L'estimation de la consommation médicale en période de raccourcissement des délais de liquidation - Les prescriptions de médicaments des médecins généralistes : un approfondissement de l'analyse des dispersions géographiques - La consommation de psychotro." Point De Conjoncture (Cnamts) (26-27) : 61.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS DR0x0DOb. Diffusion soumise à autorisation]. La rubrique 'Un aperçu de la conjoncture récente' présente la nouvelle méthode de redressement a posteriori mise en place. Le premier 'Coup de projecteur' propose une évaluation des prescriptions de chaque médecin généraliste qui tient compte d'une part, des particularités de leur clientèle et, d'autre part, de leur activité. Il en ressort une variabilité d'un département à l'autre, mais également au sein d'un même département. Le second 'Coup de projecteur' réalisé en commun avec la DSM et la DGS, analyse la consommation de psychotropes des personnes âgées décédées au cours de la canicule d'août 2003.

Cnamts (2004). "Prescriptions médicales et disparités géographiques." Point De Conjoncture (Cnamts) (31-32) : 59.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 4pRGvR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce numéro double de Point de Conjoncture présente les premiers constats de localisation des disparités géographiques de prescriptions en ce qui concerne les génériques, les antibiotiques, les psychotropes, les statines, les indemnités journalières et les soins sans ou en rapport avec une ALD.

Grandfils, N. et Sermet, C. (2004). "La prescription d'antibiotiques chez les généralistes : évolution 1992-2002." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (87) : 8, graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes87.pdf>

Cette étude s'inscrit dans le contexte actuel des campagnes menées par les pouvoirs publics et l'assurance maladie dans le but de promouvoir le bon usage des antibiotiques. Elle complète une étude récente de l'assurance maladie montrant une diminution depuis 2001 des consommations d'antibiotiques en France. Elle a pour objet de décrire l'évolution générale de la prescription d'antibiotiques chez les médecins généralistes en France entre 1992 et 2002 par classes

d'antibiotiques et d'analyser les types d'antibiotiques prescrits au regard des modifications des contextes épidémiologique et réglementaire. Elle est réalisée à partir des données de l'Enquête permanente sur la prescription médicale menée par la société IMS Health pour les années 1992 à 2002. Ces données restituent le contenu de chacune des séances des praticiens de l'échantillon : diagnostics, prescriptions, caractéristiques du patient et du médecin.

Jammet, I. (2004). Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale : résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations. Poitiers Université de Poitiers, Université de Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Poitiers. FRA. **Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine** : 91.

Cette étude prospective descriptive analyse le contenu d'un recueil en continu de 3142 consultations réalisées par 23 médecins généralistes du 31/03 au 09/05/2003. Le travail est organisé en trois temps : la description de 38 variables issues du dossier médical des investigateurs et d'un questionnaire complémentaire ; une analyse statistique factorielle permettant l'élaboration d'une typologie de consultations en 11 classes : la consultation du nourrisson, la consultation de l'enfant, la consultation de l'adolescent, les pathologies diverses des adultes, les 46-65 ans, l'éducation dans le cadre d'une pathologie, les gestes techniques, la prise en charge psychologique, le recours à des compétences externes, la polyopathie et la grande polyopathie ; la détermination de 13 critères pour décrire et qualifier cette typologie. Enfin, une discussion permet de retenir une dizaine d'indicateurs objectifs et facilement identifiables : l'âge du patient, la connaissance du patient, la prise en charge de la prévention, la prise en charge des pathologies aiguës, la prise en charge des problèmes chroniques, la prise en charge en ALD, la prise en charge psychologique, le nombre de diagnostics, la réalisation de gestes techniques et le recours à des compétences externes.

2003

Delga, C., et al. (2003). "Pression de prescription : étude pilote en médecine générale." *Thérapie* **58**(6) : 513-517.

Fagnani, F. et German-Fattal, M. (2003). "Antibiotic prescribing patterns of French GPs for upper respiratory tract infections: impact of fusafungine on rates of prescription of systemic antibiotics." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* **2**(6) : 491-498, 495 tabl.

Misrahi, L., et al. (2003). "Utilisation d'un observatoire de prescriptions pour étudier la prise en charge d'une pathologie, l'adéquation des prescriptions aux référentiels et pour mesurer l'impact financier lié au bon usage : exemple des hypolipémiants." *Journal D'economie Medicale* **21**(6) : 323-340, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA P5FOR0xO. Diffusion soumise à autorisation]. L'évaluation du "bon usage" du médicament (pratique optimale de prescription) peut se réaliser grâce à des observatoires de prescriptions. Un observatoire dénommé ODYSSEE (Observatoire des DYSlipidémies : Situation Et Epidémiologie) a étudié la prise en charge des patients dyslipidémiques en ambulatoire et par là-même le bon usage des hypolipémiants. Nous proposons tout d'abord une réflexion méthodologique sur les critères essentiels à prendre en compte dans la construction de cet observatoire pour étudier la prise en charge des patients dyslipidémiques, la conformité des prescriptions aux référentiels et pour mesurer l'impact financier lié à la substitution des statines par les fibrates dans les hypercholestérolémies mixtes en prévention primaire. Les résultats de cet observatoire montrent que les recommandations ne sont pas respectées. (résumé d'auteur).

2002

Cnamts (2002). "Programme national de santé publique : Prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France en 1999 et 2000 : Bilan intermédiaire du programme d'interventions de l'Assurance Maladie." *Etudes Et Enquetes Cnamts/Ensm* : 18, 19 tabl.

Dans le cadre de son programme de santé publique pluriannuel (1999-2003) destiné à améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), l'Assurance maladie a réalisé deux enquêtes nationales concernant les malades admis en exonération du ticket modérateur (ETM) pour HTA sévère. L'objectif était de mesurer, en début (mai 1999) et en cours de programme (novembre 2000), la distance entre les prises en charge observées et le standard déduit des recommandations (1997) de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), afin d'apprécier l'évolution des pratiques entre ces deux périodes, encadrant les interventions menées sur le terrain. L'objet de cette publication est de présenter sous forme d'une analyse comparative les principaux résultats des deux enquêtes d'évaluation et les enseignements qui en ont été tirés.

Faggionato, D., et al. (2002). "La diffusion des anti-COX2 dans la prescription des médecins." Questions D'economie De La Sante (Credes) (60) : 6, 1 tabl., 3 graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes60.pdf>

Cette étude menée en collaboration avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et CEMKA-EVAL s'inscrit dans le cadre des recherches menées au CREDES sur la diffusion de l'innovation pharmaceutique et les pratiques médicales. Son objectif est d'analyser la diffusion de ces nouveaux produits dans la prescription des médecins, ainsi que les co-prescriptions de protecteurs gastriques. L'objectif de cette étude est d'analyser la pénétration de ces nouveaux produits dans la prescription des médecins et son impact sur la prescription de protecteurs gastriques. Les auteurs présentent tout d'abord les courbes de diffusion du célécoxib et du rofécoxib, ainsi que les motifs de prescription recensés pour ces nouveaux produits. La période de lancement du célécoxib est observée plus avant : l'évolution du nombre de prescripteurs a pu être suivie au jour le jour. Puis, les auteurs s'intéressent à l'évolution des prescriptions de protecteurs gastriques associées aux anti-COX2. Enfin, ils analysent les conditions de transfert des AINS classiques vers les anti-COX2 dans le cadre du traitement de l'arthrose, seule indication commune aux deux produits jusqu'en décembre 2001.

2000

Urcam (2000). Etude des prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en Ile-de-France. Paris URCAM : 141, tabl., graph., ann.

La consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques est, selon l'opinion générale, plus élevée en France que dans d'autres pays. De plus, ces médicaments sont très spécifiques, du fait des pathologies qu'ils concernent et des effets qu'ils ont sur l'état psychologique des patients. Voilà pourquoi l'Assurance Maladie a souhaité analyser précisément la prescription d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en Ile-de-France. Cette étude a été menée sur l'ensemble des prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques émanant de médecins, codées et remboursées sur la région Ile-de-France en juin 1999. Elle analyse divers aspects : la sociologie des consommateurs, le profil des prescripteurs, les produits prescrits, les campagnes d'information.

1999-1993

Agence du Médicaments (1999). Etude de la prescription et de la consommation des veinotoniques en ambulatoire. Paris Agence du Médicament : 65, tabl.

L'objectif de ce rapport est d'étudier l'évolution de la consommation et des prescriptions des veinotoniques en France. Les veinotoniques occupent, en effet, une place importante dans le marché du médicament en France. Après une définition des veinotoniques et un exposé sur les sources d'informations exploitées, ce document effectue une description de la consommation des veinotoniques en valeur, en quantités et en nombre de journées de traitement. Une présentation des pathologies veineuses est réalisée en termes quantitatifs dans une première partie, en termes de conduite thérapeutique et recommandations dans une deuxième partie. Les atteintes veineuses des membres inférieurs occupent une place prépondérante dans ce rapport en raison de la problématique

complexe de leur définition et de leur prévalence. Les conditions d'utilisation des veinotoniques ont été établies à partir des prescriptions et des diagnostics qui leur sont rattachés. La part de l'automédication pour cette classe a été spécifiquement recherchée. Enfin, une analyse de la situation à l'étranger a permis de confronter les données de la France à celles de l'Allemagne, l'Italie, le Japon, la Grande-Bretagne et les Etats-Unis.

Coste, J. et Venot, A. (1999). "An epidemiological approach to drug prescribing quality assessment: a study in primary care practice in France." Medical Care **37**(12) : 1294-1307.

L'objectif de cet article est d'évaluer la qualité de la prescription de médicaments chez les médecins généralistes en France pour certaines pathologies-types, et cela, en fonction de 17 indicateurs qualitatifs. Il ressort de cette analyse que la prescription est loin d'être optimale, et qu'il est nécessaire d'améliorer l'information médicale vis à vis des praticiens, comme vis à vis des patients. Les données proviennent de l'enquête permanente de prescription médicale (IMS France).

Frerot, L., et al. (1999). L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. Rapport CreDES. Paris CREDES : 247, tabl., graph.

Cette étude est réalisée à partir des données de deux enquêtes nationales, l'une auprès de la population et l'autre auprès des médecins libéraux. Les auteurs analysent différents aspects de l'hypertension artérielle et de sa prise en charge. La première partie de cette étude est consacrée à l'hypertendu, à ses maladies et compare ses dépenses de santé à celles des non hypertendus. Dans la deuxième partie sont développées les caractéristiques des ordonnances d'hypotenseurs : fréquence, nombre de médicaments prescrits, nature et coût de ces produits.

Frerot, L., et al. (1999). "L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique." Questions D'economie De La Sante (CreDES) (22) : 6, 2 tabl., 4 graph., 3 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes22.pdf>

Cette étude est réalisée à partir des données de deux enquêtes nationales, l'une auprès de la population et l'autre auprès des médecins libéraux. Les auteurs analysent différents aspects de l'hypertension artérielle et de sa prise en charge. La première partie de cette étude est consacrée à l'hypertendu, à ses maladies et compare ses dépenses de santé à celles des non hypertendus. Dans la deuxième partie sont développées les caractéristiques des ordonnances d'hypotenseurs : fréquence, nombre de médicaments prescrits, nature et coût de ces produits.

Sermet, C. (1999). "Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées." Les Cahiers Albert Le Grand(140) : 4-7, tabl., graph.

Dans une première partie, l'auteur vise à situer la consommation pharmaceutique dans le cadre global et plus général des dépenses de santé. Il analyse ensuite la consommation médicale et pharmaceutique des personnes âgées. La dernière partie de l'exposé est consacré à la prescription pharmaceutique chez les personnes âgées (caractéristiques de la prescription, coût et prescription selon la classe thérapeutique).

Bouvenot, G. d. (1998). Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire. Saint-Denis Agence du médicament : 41, tabl., graph.

Le présent rapport s'intéresse spécifiquement à l'antibiothérapie en pratique extra-hospitalière, dite communautaire, dans la mesure où les aspects liés à l'utilisation des antibiotiques à l'hôpital sont très spécifiques et nécessitent une étude distincte. Il aborde successivement une analyse descriptive puis analyse des déterminants de leur prescription. Une comparaison internationale est également présentée.

Le, Fur, P., et al. (1998). La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994. Rapport CreDES. Paris CREDES : 150, tabl., graph.

Ce rapport fait le point, en 1994, sur la prescription pharmaceutique des médecins libéraux, en termes de quantités, de prix et de classes thérapeutiques. Il met en évidence différents facteurs qui influencent cette prescription, et mesure son évolution de 1983 à 1994. Sont analysées les composantes élémentaires contribuant au coût de la prescription pharmaceutique par séance : la fréquence de prescription d'une ordonnance, le nombre de lignes par ordonnance, le nombre de conditionnements par ligne et le prix des conditionnements. Les coûts par ligne, par ordonnance et par séance ainsi que la durée moyenne de prescription ont également été examinés. Chacune des composantes de la prescription est étudiée selon la spécialité du praticien, son âge, son secteur de convention, sa région d'exercice. Côté patient, sont pris en compte l'âge et le sexe, la situation professionnelle et le fait que le patient rencontre le médecin enquêté pour la première fois ou non.

Le, Fur, P., et al. (1998). "La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994." Questions D'economie De La Sante (Credes) (6) : 6, 3 graph., 3 enc., 2 cartes.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes06.pdf>

Ce document fait le point, en 1994, sur la prescription pharmaceutique des médecins libéraux, en termes de quantités, de prix et de classes thérapeutiques. Il met en évidence différents facteurs qui influencent cette prescription, et mesure son évolution de 1983 à 1994. Sont analysées les composantes élémentaires contribuant au coût de la prescription pharmaceutique par séance : la fréquence de prescription d'une ordonnance, le nombre de lignes par ordonnance, le nombre de conditionnements par ligne et le prix des conditionnements. Les coûts par ligne, par ordonnance et par séance ainsi que la durée moyenne de prescription ont également été examinés. Chacune des composantes de la prescription est étudiée selon la spécialité du praticien, son âge, son secteur de convention, sa région d'exercice. Côté patient, sont pris en compte l'âge et le sexe, la situation professionnelle et le fait que le patient rencontre le médecin enquêté pour la première fois ou non.

Zarifian, R. P. (1998). Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Saint-Denis Agence du médicament : 33, tabl., graph.

L'objectif de ce rapport est d'analyser les facteurs d'ordre médical pouvant expliquer la place prépondérante acquise par les antidépresseurs dans les ventes (en 1997, ils représentent 51 % du marché des psychotropes en valeur) et d'étudier l'adéquation de cette consommation aux besoins de la population française. Dans cette perspective, il étudie les aspects suivants : l'évolution de la fréquence de la dépression, les déterminants de la prescription d'un traitement par antidépresseur dans les troubles dépressifs, la conformité de ces prescriptions aux pratiques actuellement recommandées.

Devevey, J. et Pierre-Louis, J. (1993). "Evolution de la prescription du généraliste au cours de sa carrière." Bloc-Notes Statistique(69) : 31, annexe.

Afin de mieux connaître les différents comportements de prescriptions selon les générations de médecins généralistes et les conséquences sur l'inflation des ordonnances, le département statistique de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a analysé les données concernant la prescription des actes de pharmacie, de biologie, de masso-kinésithérapie et des arrêts de travail des médecins généralistes de 1979 à 1992, selon leur âge (ou plutôt leur génération) et leur sexe. Les jeunes médecins étant souvent rendus responsables de la croissance des prescriptions, la deuxième partie étudie les prescriptions des généralistes ayant ouvert un cabinet depuis 1981 selon leur année d'installation. Les prescriptions de quatre cohortes de médecins (hommes, femmes, jeunes médecins hommes puis jeunes médecins femmes) sont détaillées en annexe.

LES RELATIONS MEDECINS MALADES

2022

(2022). "Interprétariat professionnel et soins : des expériences hors de l'hôpital à généraliser." Revue Prescrire **42**(459) : 58-62.

La majorité des soignants libéraux n'ont pas accès à des interprètes professionnels lors des soins avec des personnes ne parlant pas ou mal le français. L'interprétariat répond à un besoin reconnu par la loi de santé 2016. La Haute Autorité de santé a diffusé un référentiel de bonnes pratiques à ce sujet en 2017. Cet article revient sur des expérimentations d'interprétariat développées dans certaines régions françaises.

2020

Cogordan, C., Quatremère, G., Andler, R., et al. (2020). "Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **68**(6) : 319-326.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762020304648>

Les médecins généralistes sont des acteurs clés pour le repérage et l'accompagnement des fumeurs et des consommateurs d'alcool dépassant les repères de consommation à moindre risque. En analysant les déclarations des patients, cet article vise à estimer la part de la population qui déclare avoir déjà discuté de tabac et d'alcool avec son médecin généraliste ainsi que les facteurs qui y sont associés. Méthode L'analyse porte sur un échantillon de 6346 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine, issu des données du Baromètre de Santé publique France 2017, enquête aléatoire par téléphone. Résultats Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (82,5 %), 36,7 % déclaraient que le sujet du tabac avait déjà été discuté en consultation et 16,8 % celui de l'alcool. Pour les deux substances, être un homme, être fumeur ou consommateur d'alcool au-dessus des repères et avoir une maladie chronique, étaient indépendamment associés au fait d'être interrogé par son médecin généraliste mais aussi associé à une prise d'initiative plus fréquente par les patients. Environ 87 % des 18-75 ans jugeaient normal que leur médecin généraliste leur pose des questions sur l'alcool, plus souvent les hommes et les personnes ayant des revenus élevés. Discussion Les consommations de tabac et surtout d'alcool sont encore peu abordées en consultation selon les patients, alors qu'une part importante de la population jugerait cela normal. Ces résultats montrent qu'il est encore nécessaire de renforcer le repérage systématique des consommateurs par les médecins généralistes. Background General practitioners (GP) are key players in screening and counselling for smokers and alcohol drinkers exceeding French guidelines for low-risk consumption thresholds. Tackling the subject from the patients' perspective, the authors aim at estimating the proportion of the population having discussed their smoking and alcohol consumption with their GPs, and to pinpoint the factors associated with their having done so. Methods The data (n=6346) are derived from nationwide representative phone survey in mainland France conducted by the French public health monitoring center Baromètre de Santé publique France. Results Among the persons aged 18-75 having consulted a GP over the last 12 months (82.5%), 36.7% stated that smoking had been discussed in consultation while 16.8% had talked about alcohol use. For both substances, being a man, a smoker, an excessive alcohol user and having a chronic illness were not only independently associated with being questioned by one's doctor, but also with more frequent patient initiative. About 87% considered it normal to be asked by their GP about their alcohol intake, this proportion being higher among men and people with high incomes. Conclusion Even though a large portion of the population would deem it normal to discuss smoking and alcohol intake in consultation with a GP, the subjects are rarely broached. Our results underline the need to bolster efforts at systematic screening for substance use by GPs.

da Silva, N. (2020). "Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française." Revue Française De Socio-Economie Hors-série(en lutte) : 261-280.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2020-en-lutte-page-261.htm>

Avec la logique de quantification de la qualité du travail médical, les patients sont invités à faire confiance aux normes chiffrées déterminées par les agences de santé indépendantes – plutôt que de se fier à la relation personnelle avec leur médecin. Si cette nouvelle régulation ressemble à une

rationalisation des pratiques, nous proposons de montrer en quoi il est utile de revenir sur la méthode de production de ces normes du travail médical et de questionner l'usage politique des essais cliniques randomisés. Après avoir rappelé les justifications théoriques et empiriques de la « rationalisation », nous défendons l'idée que la politique de quantification de la qualité des soins repose sur une épistémologie de la maladie arbitraire et une épistémologie des statistiques réductrice. Or cela n'est pas sans conséquences négatives, tant pour les professionnels que pour les patients.

2019

Bogaert, E., Gil, A., Andriantsehenoharina, L., et al. (2019). "Soigner : entre vérités et mensonges." Pratiques : les Cahiers de la Médecine Utopique(85) : 101.

La pratique soignante est à la croisée des chemins, elle est contrainte d'articuler des données issues de différents mondes. Les soignants, formés surtout comme des scientifiques, n'ont alors d'autre choix qu'exercer avec leurs propres références, voire leurs croyances... Comment peuvent-ils baser leur pratique sur les données scientifiques les plus valides possible tout en travaillant dans un « régime » d'incertitude permanente ? Lorsque l'on se place dans le domaine des activités humaines, au duel de concepts vérité/mensonge, il serait plus pertinent de préférer le duel certitude/doute. Comment travailler avec les attentes de la personne soignée sans occulter le doute qui doit accompagner toute pratique « honnête » ? Ce doute peut-il être partagé entre tous et à tout moment ? Faut-il dire la « vérité » (celle du soignant ?) au malade et comment ? Les pressions des différents lobbies (médicaments, pesticides, amiante...) sur les citoyens, les professionnels et les décideurs sont majeures. Faute de barrières institutionnelles suffisantes et d'indépendance de l'expertise sanitaire publique, leur influence dévoie les politiques de santé publique et vient pervertir le fonctionnement démocratique. La fabrique de l'opinion par les lobbies « lobotomiseurs » et l'amplification de la transmission des « fausses nouvelles » perturbent le libre arbitre des citoyens qui ont l'impression de ne plus pouvoir faire confiance à personne. Pour rechercher collectivement une certaine « vérité scientifique » en médecine et la distinguer des « mensonges » d'un scientisme instrumentalise, il faut réhabiliter les discours critiques et protéger les lanceurs d'alerte pour faire reconnaître le caractère relatif et évolutif des « vérités scientifiques » qui sont les fondements d'une authentique exigence rationnelle, à réinterroger sans cesse.

Schlick, C. et Bally, J. N. (2019). "La prise de rendez-vous par internet : avis des patients." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **15**(6) : 277-282.

Dans un contexte de prise de rendez-vous (RDV) difficile, les sites internet spécialisés prennent une place importante. Cette étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés se proposait d'étudier l'impact de la prise de RDV par Internet sur le ressenti du patient. Au-delà des avantages organisationnels, l'utilisation des sites Internet de prise de RDV interroge sur l'accessibilité d'une population précaire. Les urgences ressenties peuvent disparaître du champ des soins premiers. En médecine générale, un système de prise de RDV exclusif par Internet modifierait à l'évidence le paradigme professionnel du médecin généraliste en créant sans le vouloir une médecine de tri.

2018

Boyer, J. B., De Beco, A., Champs-Leger, H., et al. (2018). "Les consultations au sein d'une permanence d'accès aux soins de santé." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(2) : 76-80.

Créée par la loi du 29 juillet 1998, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a pour mission de lutter contre l'exclusion en favorisant l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Elle s'insère dans un dispositif plus large de lutte contre la pauvreté. Les PASS travaillent en étroite collaboration avec les intervenants sanitaires, sociaux ou agissant dans le domaine de la précarité au sens large. L'activité peut se réduire à des consultations de médecine générale ou d'autres spécialités, mais aussi se déployer de façon plus transversale en intégrant des services sociaux afin de répondre aux besoins plus globaux de ses usagers.

Guillemin, T., Bally, J. N., Gocko, X., et al. (2018). ""Au fait docteur... ? " : la demande de fin de consultation. Étude qualitative auprès des patients consultant en médecine générale." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(1) : 32-36.

L'entretien entre le patient et le médecin généraliste peut être perturbé par une demande de fin de consultation. L'objectif de cette étude consistait à analyser à travers leurs récits les mécanismes conduisant les patients à des demandes de fin de consultation.

Lucas, J. et Uzan, S. (2018). Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins : 66.

Ce livre blanc explore notamment l'impact actuel et futur des nouvelles technologies pour l'exercice de la médecine, pour la formation initiale et continue des médecins, pour la recherche médicale, et pour la place des patients dans le système de santé. Plus généralement, il appelle à « identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne ». Dès lors, le Conseil national de l'Ordre des médecins, pour « accompagner l'ensemble de la profession, dans la diversité de ses exercices », pour « renforcer sa collaboration avec les patients », et pour assurer que les nouvelles technologies soient réellement mises « au service de la personne et de la société », émet 33 recommandations.

Mispelblom, Beyer, F. (2018). "De l'(in)observance au prendre soin de soi." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(2) : 70-75.

Les progrès de la recherche médicale qui ont transformé des maladies mortelles en maladies chroniques, ont aussi permis de passer de traitements administrés à l'hôpital aux thérapies ambulatoires sous la responsabilité des patients eux-mêmes. Ce passage a fait découvrir un phénomène jusqu'alors peu perçu et connu : la non-observance, le fait que des patients ne suivent pas leurs traitements, et ce, même dans le cas de pathologies potentiellement mortelles. Ce phénomène a alerté les soignants mais aussi les autorités sanitaires, car des traitements prescrits, achetés, remboursés, qui ne sont pas réellement suivis ou pas suivis comme il le faudrait, entraînent des manques d'efficacité qui selon certaines études se traduisent en milliers de morts évitables et se chiffrent par milliards de pertes dans les comptes de la Nation.

Pernin, T., Sahier, C., Monotuka, S., et al. (2018). "Savoir reconnaître le savoir expérientiel des patients : une humilité et une force pour le médecin généraliste." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(1) : 19-22.

Bien que formulée par les textes réglementaires, l'implication de patients dans les activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP) reste faible en France. De nombreuses publications internationales soulignent le savoir expérientiel des patients-ressources, la construction de partenariats avec les soignants et l'amélioration de l'état de santé de patients ciblés grâce à leur intervention. Le réseau Paris Diabète (RPD) intègre des patients dans sa gouvernance et cherche à les impliquer dans l'animation de ses programmes d'ETP.

Picart, E. (2018). "Le règlement général européen sur la protection des données personnelles et la relation médecin-patient." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(10) : 471-477.

Le médecin est au cœur de la récolte et du traitement des données de santé. De ce fait, le nouveau règlement général sur la protection des données personnelles lui est applicable. D'un côté, le médecin est soumis à des obligations concernant le traitement des données de santé, alors que de l'autre, le patient détient des droits sur celles-ci.

Savali, A., Michelet, T. et Vallee, J. (2018). "Perception de l'information médicale en salle d'attente du médecin généraliste." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **14**(1) : 40-45.

Les patients attendraient beaucoup de leur médecin généraliste (MG) en termes d'information médicale. La salle d'attente (SA) du MG constitue la première étape avant la consultation ; elle est parfois utilisée comme vecteur de cette information. Cette étude propose d'explorer la perception par les patients de l'information médicale délivrée dans la SA du MG. La réception d'une information médicale en SA dépend de différents facteurs. Une relation patient-médecin jugée satisfaisante par le patient favorise la réception d'informations. En fonction du motif de consultation ou si l'attente est jugée trop longue les patients peuvent adopter une attitude d'attente anxieuse ou déplaisante peu propice pour s'informer. La SA est un espace d'interactions sociales qui peuvent entraver la perception de l'information. Selon les patients, il faudrait une plus grande implication du MG, qu'il valide l'information, qu'elle soit en quantité limitée, sur un espace dédié, renouvelée, sur des sujets d'actualité, de prévention ou sur le réseau associatif local. Non imposée, l'information devrait être proposée dans la continuité de la relation patient-médecin.

Troisoeufs, A., Fournier, C. et Bungener, M. (2018). Soigner les relations pour rapprocher. Le rôle de l'éducation thérapeutique autour de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la maladie de Parkinson. La simulation cérébrale profonde, de l'innovation au soin. Les neurosciences cliniques à la lumière des sciences humaines et sociales., Paris : Editions Hermann : 197-216.

Comme de nombreuses maladies chroniques, la maladie de Parkinson appelle le développement d'une « médecine de l'incurable » (Mino, Frattini et Fournier, 2008), tournée non vers la guérison des personnes, mais vers leur accompagnement dans la gestion de leur vie quotidienne avec une maladie qui reste évolutive malgré les traitements. Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) mis en place pour la maladie de Parkinson, dont certains spécifiques à la stimulation cérébrale profonde (SCP), contribuent à un « rapprochement » entre patients et professionnels. La SCP, l'ETP et les mouvements associatifs dans le champ de la maladie de Parkinson se développent depuis la fin du siècle dernier. Toutefois, leur articulation n'a pas encore attiré l'attention de la recherche en sciences humaines et sociales. Ce chapitre a l'ambition d'initier cette démarche. Avant d'aborder les pratiques associées à la SCP, il importe de les situer dans le développement de pratiques d'ETP au cours des dernières décennies (résumé d'auteur).

2017

Berthod-Wurmser, M., et al. (2017). "Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter." Revue Française Des Affaires Sociales(1) : 5-19.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-5.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

Biosse-Duplan, A. (2017). Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé, Paris : Dunod

Le terme de démocratie sanitaire présente un paradoxe. Si l'idée fait consensus, son contenu fait débat. L'auteur s'attache à préciser les contours historiques, sociologiques et juridiques de ce terme pour en proposer une définition contemporaine. Cet ouvrage liste et décrit les droits individuels du patient et de l'utilisateur dans les différents environnements de soin : à l'hôpital ou en clinique, dans le secteur médico-social comme en médecine libérale. Il explore également l'autre volet de la démocratie sanitaire : la représentation des usagers dans les multiples instances du système de santé. Il intègre les récentes évolutions des lois de janvier et février 2016 : action de groupe en santé, nouvelle représentation des patients en établissement sanitaire et médico-social, rénovation des textes encadrant le consentement individuel aux soins, portée renforcée des directives anticipées et des choix personnels face à la fin de vie.

Bousquet, F. et Ghadi, V. (2017). "La participation des usagers aux systèmes de santé : la politique du National Health Service d'implication des patients et du public en Angleterre." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 128-134.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-128.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

Caillé, Y. (2017). "Faire entendre la voix des patients." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1) : 154-163.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-154.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

Colinet, S. et Avenel, C. (2017). "Nature des savoirs en santé. Le cas de l'annonce d'un diagnostic de maladie rare." *Savoirs* 45(3) : 49-66.

<https://www.cairn.info/revue-savoirs-2017-3-page-49.htm>

Les compétences en situation professionnelle de l'annonce d'un diagnostic d'une maladie rare impliquant la mobilisation de savoirs par des médecins-praticiens, cet article se propose d'identifier la nature de ces savoirs mobilisés. Une enquête de terrain a été menée par entretiens semi-directifs auprès de 30 médecins rencontrés. Dans les récits d'expériences tenus par le groupe professionnel, la nature expérientielle et informelle des savoirs domine, à côté de savoirs de nature scientifique et procédurale. Cette première nature est révélatrice de résistances à une formalisation de l'annonce, et d'enjeux sur le plan de la formation. Cet article contribue à enrichir les travaux des sciences de l'éducation en santé, domaine en pleine expansion.

Compagnon, C. (2017). "L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé." Revue Française Des Affaires Sociales(1) : 143-153.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-143.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

Haberey-Knuessi, V. et Obertelli, P. (2017). "La relation soignant-malade face au risque de la confiance." Sociologies pratiques **35**(2) : 107-117.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2017-2-page-107.htm>

RésuméLa question de la confiance est au coeur du fonctionnement de nos sociétés hypermodernes. Une recherche-action collaborative conduite avec six services hospitaliers, relative à l'impact de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les relations soignant-soigné, a permis d'explorer le sens et l'utilité de la confiance dans le processus de soins, à la fois pour les soignants et pour le malade. Selon cette étude, il apparaît que la gestion des risques pour la santé du malade ne saurait se réduire à la seule expertise technique, mais inclut des sphères plus subjectives. En prenant en compte la situation du malade hors hôpital, médecins et soignants côtoient des environnements non maîtrisés où les interactions entre malade, environnement humain et soignants deviennent essentielles, et où des relations de confiance sont à construire dans une visée d'efficacité thérapeutique.

Nolte, E., et al. (2017). "Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé." Revue Française Des Affaires Sociales(1) : 97-115.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-97.htm>

Le numéro de janvier-mars 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend tout d'abord un dossier sur « Le patient et le système de santé » coordonné par Marianne Berthod-Wurmser, Frédéric Bousquet et Renaud Legal. L'appel à contribution proposait trois axes de réflexion : la prise en compte de la personne qu'est le patient par les institutions et les professionnels de santé ; l'évolution des compétences, comportements, attitudes, attentes et obligations des patients ; la démocratie sanitaire et la place des usagers dans le fonctionnement du système de santé. Quatre articles ont été sélectionnés. Ils sont suivis de plusieurs éléments. D'une part, des contributions qui visent à définir les notions de patient-centredness et de person-centredness (Observatoire européen des systèmes et

politiques de santé), à proposer un tour d'horizon international de la participation des usagers aux systèmes de santé et à approfondir la politique britannique d'implication des patients et du public (Véronique Ghadi et Frédéric Bousquet). D'autre part, trois entretiens ont été réalisés auprès de Didier Tabuteau, de Claire Compagnon et de l'association Renaloo. Puis, après une présentation des Plans cancer est évoquée la place des patients dans les parcours de prise en charge de cette maladie. Enfin, une revue de littérature développe le thème de l'accès aux soins. Deux autres articles figurent dans ce numéro : le premier sur l'évolution des conceptions du système de protection sociale et le second sur l'Obamacare.

2016

Donabedian, C., et al. (2016). "Le point de vue du médecin sur le "bon" médecin généraliste : Etude des caractéristiques des patients influençant les qualités du "bon" médecin généraliste." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) (21) : 50-58.

Quel est le point de vue des patients sur le bon médecin généraliste ? Vaste question qui cherche à cerner les attentes des patients sur les qualités requises pour être un bon médecin généraliste. Elle repose sur l'essence de la relation médecin malade, qui longtemps a été imprégné de la vision paternaliste et qui évolue maintenant vers une relation de partenariat. En se basant sur une étude épidémiologique observationnelle prospective et transversale sur une cohorte de patients à l'hôpital ainsi que sur une revue de la littérature, cet article tente de dégager le profil actuel du "bon" généraliste.

2015

Chevandier, C. (2015). "Les relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine. Elisabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante, Presses universitaires du Septentrion, 2013, 223 p., 22 € - ISBN : 978-2-7574-0596-3 - ISSN : 1284-5655." Revue d'histoire de la protection sociale **8**(1) : 190-192.
<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2015-1-page-190.htm>

Souvent naturalisées par les sciences humaines et sociales, les catégories de handicap et dépendance ne vont pas de soi. En réservant à partir de 1997 la notion de dépendance aux seules personnes âgées, les politiques publiques françaises semblent affirmer que la question de la perte d'autonomie se pose différemment selon l'âge. Les travaux historiques consacrés à ces questions ont longtemps été eux-mêmes marqués par la segmentation, étudiant séparément les vieillards, les infirmes et les malades chroniques et laissant en retrait les problèmes communs à ces différentes catégories. Ce numéro de la Revue d'histoire de la protection sociale adopte un questionnement transversal et entend participer aux débats sur la genèse des politiques sociales. En faisant varier les contextes temporels et nationaux, en focalisant l'analyse sur les processus d'élaboration des modes de gestion et sur la construction des catégories, les études réunies ici aident à mesurer la part du national et du transnational, le jeu des acteurs, le poids des guerres ou des crises. Passant du « Paris 1900 » philanthropique à la fondation Richard pour les infirmes de 1853 à 1970, puis des mutilés de guerre dans l'Italie fasciste à l'expansion du travail social dans la Chine contemporaine, le lecteur découvre l'historicité de la perte d'autonomie et des réponses qui lui ont été apportées, loin de toute fatalité médicale, ainsi que les relations qui se nouent, ou non, entre acteurs locaux, histoire nationale et modèles internationaux.

2014

Petregne, F., et al. (2014). "Le médecin généraliste et la barrière linguistique : utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **10**(8) : 372-375.

L'Organisation des Nations Unies estimait en 2005 à plus de 200 millions le nombre de migrants

chaque année, dont 30 à 40 millions de clandestins. La France a connu, comme de nombreux pays européens, une forte augmentation du nombre d'immigrés depuis 2005. En 2010, ils sont estimés à 6,7 millions en France. S'y ajoutent chaque année plus de 68 millions de touristes étrangers. Les différentes initiatives déployées par l'Union européenne témoignent de la volonté des États membres de mettre en perspective la situation des immigrés en matière de santé [4]. La littérature montre que la plupart des études réalisées concerne plutôt l'accès aux soins, mais peu la qualité du service médical rendu. Ainsi, la barrière linguistique peut limiter le recours aux soins adaptés et la sensation de santé perçue, favoriser les complications liées aux traitements, et rendre la prévention plus aléatoire. Plusieurs études mettent en relief le handicap que représente la barrière linguistique dans l'accès aux soins et à leur qualité. En 2008, environ 6 % de la population d'Aquitaine était constituée d'immigrés, avec un pourcentage atteignant les 8 % pour la tranche d'âge 25 à 54 ans. Cette étude a eu pour objectif principal d'identifier les outils à disposition des médecins généralistes pour franchir la barrière linguistique. Notre objectif secondaire était d'identifier les difficultés qu'elle peut induire dans la relation médecin malade.

Schieber, A. C., et al. (2014). "Do gender differences affect the doctor–patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study." *Family Practice* **31**(6) : 706-713.

<http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/6/706.abstract>

The aim of the study was to ascertain whether disagreement between GPs and patients on advice given on nutrition, exercise and weight loss is related to patient–doctor gender discordance. Our hypothesis is that a patient interacting with a physician of the same gender may perceive more social proximity, notably on health care beliefs and may be more inclined to trust them.

2013

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

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

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

Hollue, C. (2013). "Laïcité : comment concilier pratique médicale et religion ? (Dossier)." *Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins*(31) : 22-27, graph.

En médecine de ville comme à l'hôpital, les praticiens sont régulièrement confrontés à des situations incompatibles avec le respect du principe de laïcité. Ils peuvent se trouver démunis, malgré l'existence de règles, qu'il convient de rappeler. Cet article tente une analyse de la question.

Schieber, A. C., et al. (2013). "Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status?" *Patient Education and Counseling* **91**(1) : 97-104.

2012

Begue-Simon, A. M., et al. (2012). "Communication et soins. Deuxième partie : l'approche linguistique." Medecine : Revue De L'unaformec **8(1)** : 31-35.

Begue-Simon, A. M., et al. (2012). "Communication et soins. Troisième partie : communication interactive, perspectives anthropologiques." Medecine : Revue De L'unaformec **8(2)** : 85-87.

La première série de témoignages, à propos du partage de l'information sur le dépistage organisé du cancer du sein fait l'objet d'une thèse de sociologie de la santé. La deuxième est extraite d'une recherche sur la prise en charge de la douleur chronique en milieu hospitalier. Ces deux exemples montrent combien il est nécessaire pour les sciences humaines et sociales de poursuivre leurs travaux dans le but d'améliorer le partage de l'information et de la communication dans le cadre du soin dès le stade préventif, lors de la prise en charge et jusqu'à la rémission. La conclusion générale de ces trois articles ouvre une approche centrée sur le patient.

Decanter, B. r. (2012). L'information du patient, son importance, ses conséquences, droit et devoirs de chacun. Paris CNOM : 2 vol. (75 ; 60).

L'information est un élément central de la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. Le contenu et les qualités de l'information à délivrer, ses modalités, la mise en cohérence de l'information, les qualités requises des documents écrits et les éléments d'évaluation de la qualité de l'information ont été précisés dans les recommandations de la HAS et de multiples publications. Ce rapport tente de préciser les moments importants de la relation médecins-patient, ainsi que les éléments qui permettront aux médecins d'améliorer la prise en charge, tout en respectant les obligations légales et le code de déontologie, notamment sur les informations disponibles dans les médias. Il évoque les points forts de la « consultation », les questions que cela entraîne, avec les notions de compétences du médecin et de l'informatique, les droits du patient et ceux du médecin ; les accréditations des médecins, afin de pouvoir évaluer leurs capacités. Enfin, il s'intéresse aux les moyens de publication légaux actuels, et à la façon de s'approprier les moyens du web (d'après l'intro.)

Elghozi, B. (2012). "Relation soigné-soignant : réciprocité nécessaire !" Medecine : Revue De L'unaformec **8(6)** : 276-277.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 du code de santé publique relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a sacralisé « les droits des malades » qui, d'un concept vague et nébuleux, sont alors devenu une réalité avec un support juridique gravée dans le marbre de la « loi Kouchner » du nom du Ministre de la Santé qui l'a portée. La loi sur les droits des malades insiste sur la nécessité du consentement et sur la démocratie sanitaire qui regroupe les droits à l'accès à son dossier médical ainsi que le secret médical.

Krucien, N., et al. (2012). "La relation patients médecins." Lettre Du College (La) **23(1)** : 8.
<https://www.ces-asso.org/publication/la-relation-patients-medecins>

Cette Lettre du Collège des économistes de la santé porte sur le thème de la relation patients-médecins. Elle est composée de deux articles et l'éditorial est signé par Martine Bungener, Directrice adjointe du Cermes3. Le premier, co-écrit par Nicolas Krucien et Nathalie Pelletier-Fleury (Cermes3) retrace la montée en charge du rôle du patient sur la dernière décennie. Le patient devient réellement acteur de sa « décision de consommer des soins » en particulier parce que la satisfaction de ses besoins croissants constitue peu ou prou un objectif en tant que tel dans les dernières réformes du système de santé. Le rôle de l'économiste est alors d'identifier les préférences des patients notamment par des méthodes d'évaluation contingente mais aussi par de nouvelles méthodes expérimentales tenant compte des effets de contexte et de temporalité. L'article de Yann Videau (Erudite, Upec) s'intéresse à la nature des motivations des médecins dans un contexte où le mode de rémunération devient mixte et où le P4P introduit une incitation financière. Cette dernière peut naturellement changer les comportements des médecins animés par une motivation extrinsèque à

l'activité elle-même forte. L'auteur souligne aussi les possibles effets pervers de ce mode de rémunération lorsque les médecins sont avant tout sensibles aux motivations intrinsèques de l'exercice médical (intérêt pour le soin en soi, la prévention, la santé publique).

2011

Begue-Simon, A. M., et al. (2011). "Communication et soins. Première partie : l'évolution de la relation soignant-soigné." Medecine : Revue De L'unaformec 7(10) : 473-477.

La communication dépend des circonstances dans une situation façonnée autant de l'intérieur par les sujets que de l'extérieur par les contraintes du cadre sociétal. La communication médecin-malade a de nombreux facteurs propres au patient et à sa maladie selon des modèles qui interrogent la conception du soin et l'exercice du pouvoir. Elle concerne forme et contenu, insérant l'individu dans une structure sociale (valeurs individuelles et collectives, rôles professionnels, normes). Elle a pour but d'établir une bonne relation interpersonnelle patient-médecin, de permettre un échange d'informations et mettre en place un plan thérapeutique. La première partie de ce travail développe, à propos des soins en oncologie, le contexte de la relation.

Bismuth, S., et al. (2011). "Formation initiale à la relation médecin/patient : enquête auprès d'internes en médecine générale." Medecine : Revue De L'unaformec 7(8) : 381-385.

La relation médecin/patient nécessite des compétences scientifiques et techniques (savoir et savoir-faire), mais aussi des compétences humaines et relationnelles (savoir-être). Une bonne relation est un élément capital du contrat de soins. Certaines facultés de médecine ont rendu obligatoire la participation aux groupes Balint dans le 3e cycle de médecine générale. Une enquête descriptive rétrospective a été effectuée en janvier 2008 auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'université Paul Sabatier de Toulouse (questionnaire fermé). Résultats : 76,5 % des internes ont rencontré des difficultés relationnelles et 72 % d'entre eux ont déclaré que l'enseignement universitaire qui leur avait été délivré n'était pas adapté à leurs besoins. Plus les étudiants progressent dans le cursus et acquièrent de l'expérience, notamment à travers les stages chez le praticien généraliste et le SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), moins ils sont demandeurs en formation (59 % en 3e année contre 70 % en 1re année). Ils parlent plus facilement de leurs difficultés avec leurs collègues internes qu'avec leurs enseignants et sont plus souvent satisfaits des réponses obtenues, au fur et à mesure qu'ils avancent dans leurs études. Seule la moitié d'entre eux connaissent l'existence des groupes Balint. Conclusion. On constate que plus les étudiants progressent dans le cursus et acquièrent de l'expérience, moins ils sont demandeurs en formation à la relation médecin/patient. Toutefois, 59 % souhaitent une formation à la relation médecin/patient en 3e année. Des enseignements d'inspiration Balint pourraient trouver leur place dans le cursus de médecine générale, en élargissant l'approche de la relation médecin/malade.

Dufouleur, C., et al. (2011). "L'annonce de la mauvaise nouvelle en médecine générale Peut-on, et comment, s'y préparer ?" Medecine : Revue De L'unaformec 7(3) : 131-135.

Contexte : L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un moment clé dans la relation avec le patient et sa famille, notamment pour le généraliste. Elle est pour le patient la porte d'entrée dans la maladie. Objectif : Montrer qu'une formation spécifique peut apporter les bases théoriques, pratiques et humaines nécessaires à cette annonce. Méthode : Étude qualitative auprès de 15 généralistes français internes ou en exercice. Résultats : Les médecins interrogés estimaient que l'annonce de la mauvaise nouvelle devait être adaptée à la volonté de savoir exprimée par le patient. Ils avaient un avis mitigé sur la loi du 4 mars 2002. Ils pensaient qu'annoncer est une compétence nécessitant une formation, moins théorique que pratique. Les formations reçues, trop tardives et trop brèves, semblent avoir répondu partiellement à ces attentes. Discussion : L'annonce de la mauvaise nouvelle traduit aujourd'hui une évolution de la relation médecin-patient. Elle est souvent décrite comme une expérience « douloureuse » cependant positive lorsqu'elle se passe bien. Les compétences à acquérir sont théoriques (connaissance des mécanismes de défense), pratiques (communication et écoute) et humaines (réflexions et partage sur la mort, la souffrance, le métier) pour éviter la frustration devant

un échec thérapeutique et permettre une prise en charge plus adaptée au patient et à son vécu.
Conclusion : La formation « idéale » devrait être polymorphe, précoce et répétée, et s'intéresser aussi aux médecins déjà thésés, notamment les maîtres de stages, pour optimiser le compagnonnage

Saout, C., et al. (2011). "L'environnement social de la maladie. Le rôle des organismes communautaires et associatifs : partenariat ou aide informelle. La relation avec les proches. Comment mieux les intégrer ?" Sante Societe Et Solidarite : Revue De L'observatoire Franco-Quebecois(1/2010) : 129-136.

Les intervenants de ce débat qui a eu lieu en présence des représentants gouvernementaux lors du 3e Forum franco-québécois Pasteur-Sarrasin sur la santé à Québec en mai 2009 tentent de répondre à la question de l'intégration de la contribution des organismes communautaires à la lutte contre le cancer, en évoquant leurs attentes au regard de la situation française, quelques remarques concernant le prochain Plan cancer, leur rôle et leur collaboration avec les pouvoirs publics au Canada. D'autres points, concernant la relation médecin patient, les malades, les usagers et leurs représentants, la formation des professionnels, l'accès aux soins, la prévention, l'organisation et la coordination des soins, sont abordés lors de ce débat.

Schieber, A. C., et al. (2011). "Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The Intermede study." British Journal of General Practice **61(584)** : 178-182.

Comprendre les interactions entre les patients et les médecins généralistes peuvent être importantes pour optimiser la communication au cours des consultations et l'amélioration de promotion de la santé, notamment dans la gestion des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Serres, M. d., et al. (2011). "L'information : entre "trop" et "pas assez"." Sante Societe Et Solidarite : Revue De L'observatoire Franco-Quebecois(1/2010) : 97-109.

La question ou plus exactement les questions que nous propose cet atelier vont bien au-delà du dilemme classique entre "dire ou ne pas dire" auquel on réduit souvent le débat sur l'information. Poser la question de l'information entre "trop" et "pas assez", c'est la poser en termes quantitatifs, mais également en termes qualitatifs : faut-il en dire beaucoup ou peu ? Ou bien juste assez ? Assez pour quoi ? Et, en définitive, que faut-il dire ?

2010

SFMG (2010). "Le patient et son généraliste "médecin traitant"." 13, fig.
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes qui les rendent indispensables, indispensables pour les soins quotidiens de chacun, indispensables pour le maintien de toute politique de santé fondée sur l'accessibilité et l'efficacité des soins pour tous, indispensables dans les discours des décideurs des politiques de santé au fur et à mesure de leur raréfaction sinon disparition dans certaines régions ou quartiers. Les jeunes générations de médecins ne choisissent pas ce métier, non pas par manque d'intérêt, mais par manque d'une organisation nationale facilitant cet exercice complexe, prenant et difficile. Le paradoxe du médecin traitant est d'avoir été reconnu par deux lois successives en 2004 et 2009 et de faire le constat persistant de ces difficultés. Chacun a une opinion partielle de « son » médecin traitant (98 % des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste), la vision de ces médecins généralistes, de la spécificité et diversité de leurs rôles est celle de l'iceberg : la partie invisible est la plus importante. C'est ce que tente de décrire cette publication (extrait de l'éditorial)

Brouchaud, V. (2010). "La toile redessine la relation médecins-patients." Medecins : Bulletin D'Information de L'Ordre National des Medecins(12) : 22-25, cartes.

Selon un sondage Ipsos révélé par le Conseil national de l'ordre des médecins lors de ce débat sur le rôle de l'internet dans l'information des malades, pas moins de sept personnes sur dix consultent Internet pour obtenir des informations de santé. Il faut dire que l'offre ne cesse de croître. Aux fameux sites du type doctissimo.fr ou eurekasante.fr, gérés par des maisons d'édition ou des médias, se sont ajoutés des sites créés par des établissements de santé, des médecins, des industriels, des associations de patients... Tout ce qui concourt à l'éducation à la santé est une excellente chose, mais Internet présente des dérives, il ne faut pas se le cacher. Outre la vente de médicaments contrefaits, la Toile est aussi le lieu de tous les dangers pour les patients en état de vulnérabilité psychologique. On y voit éclore des sites dédiés à la nutrition, au bien-être, à la lutte contre le vieillissement, qui sont parfois reliés à des thérapeutiques alternatives non validées, voire à des mouvances sectaires... Or il n'existe pas de « gendarme ? » de la santé sur la Toile. « Il faut donc assurer la fiabilité des informations sur les sites destinés à la santé, estime le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom chargé des systèmes d'information en santé. Le Conseil national de l'ordre des médecins est ailleurs associé, avec l'Académie de médecine, au comité de suivi de la certification HON-HAS [Health on the Net-Haute Autorité de santé].

Grimaldi, A., et al. (2010). "La place du patient : dossier." *Pratiques : les Cahiers de la Médecine Utopique*(49) : 9-76.

Plus on parle de la place théorique du patient dans le système de soins et plus la réalité met en évidence le recul de ses droits réels. En témoignent dans ce dossier patients, soignants, mais aussi observateurs et chercheurs qui s'interrogent au chevet de notre système de santé. De multiples réformes se sont succédées durant les trente dernières années sans que les acteurs aient le recul ni la visibilité suffisants pour s'y retrouver. De la fermeture des hôpitaux publics de proximité aux créations d'usines de réparation laissant une large part aux entreprises privées, des progrès thérapeutiques à la responsabilisation, voire la culpabilisation des patients, de multiples enjeux se révèlent derrière des dispositifs de plus en plus contraignants et inégalitaires. Les patients seraient-ils mes grains de sable qui contrarient la bonne marche de la machine à soigner ? Les soignants ne se retrouvent plus dans des missions qui les éloignent de leurs valeurs et, à terme, de leurs compétences. Il est donc urgent de redéfinir des places pour chacun qui redonnent à ces lieux leur fonction : soigner (4e de couverture).

Malvezin, E. (2010). La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian Lehmann, Luc Perino et Martin Winckler. Paris Université Paris 07, Université de Paris 07. Paris. FRA. **Thèse pour le doctorat en médecine** : 265.

http://www.apima.org/img_bronner/These_2010_relation-malvezin.pdf

Depuis le XIXe siècle, nous assistons à une médicalisation de la vie. Le but de cette étude est de voir comment la relation médecin-patient est perçue par trois médecins-écrivains contemporains dans ce contexte. Les ouvrages littéraires de C. Lehmann, L. Périno et M. Winckler sont analysés afin de voir ce que représente pour eux la relation médecin-patient aujourd'hui et quelles en sont ses limites. L'étude d'ouvrages théoriques permet de comprendre l'évolution de la médecine depuis le XIXe siècle. Un entretien avec les trois auteurs permet de préciser les points importants issus de leurs ouvrages. Les résultats sont discutés à l'aide de documents théoriques. La relation médecin-patient apparaît comme un colloque singulier entre un médecin et un patient, qui vont collaborer dans le cadre d'une relation d'expert. Ceci s'effectue dans un respect et une confiance mutuel et aboutit à une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Mais cette relation est mise en péril par plusieurs facteurs consécutifs à la médicalisation. La formation des médecins généralistes et leurs conditions d'exercice sont inadaptées à leur pratique. L'hyperspécialisation de la médecine favorise le sentiment d'infériorité des généralistes et le nomadisme médical des patients, qui manquent de responsabilisation en matière de santé en l'absence de politique d'éducation sanitaire et surconsument la médecine. Ce contexte, favorisé par les pouvoirs publics, permet l'emprise de l'industrie pharmaceutique et des médias sur les médecins et les patients. Le constat dressé par les auteurs n'est pas nouveau puisque déjà décrit il y a près de cinquante ans, traduisant un immobilisme du système de soins. Même si les pouvoirs publics tentent d'apporter des solutions dans ce domaine, celles-ci s'avèrent lentes à mettre en place, laissant la médecine générale en souffrance et la protection sociale sur le déclin (Résumé d'auteur).

Meadel, C. et Akrich, M. (2010). "Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin." Seve : Les Tribunes De La Sante(29) : 41-48.

Quelle place occupe aujourd'hui Internet dans l'échange entre le médecin et son patient ? Si son formidable réservoir de connaissances est omniprésent dans le cabinet, de manière indirecte, à travers les multiples consultations d'informations sur la santé, tant par les praticiens que par les malades, il n'apparaît pourtant pas comme un moyen d'échange leur permettant de mieux communiquer. Et pourtant, il se révèle souvent comme un accompagnant complémentaire de la relation au médecin. Aussi pourrait-il devenir le support d'une transformation douce des relations entre patients et médecins. (résumé de l'éditeur).

2009

Dang, Hadoan, B., et al. (2009). "Les difficultés dans les relations." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1) : 30-40.

[BDSP. Notice produite par OBRESA pFR0xqGp. Diffusion soumise à autorisation]. Au printemps 2008, les trois quarts du corps médical libéral déclarent avoir des difficultés dans les relations avec les partenaires. Dans ce domaine, les difficultés les plus fréquentes viennent des exigences des patients qui affectent 6 praticiens sur 10. Au deuxième rang, sont les difficultés avec l'assurance-maladie. Elles sont soulignées par le tiers des enquêtés. Les relations avec l'hôpital peuvent soulever des problèmes et près d'un quart des médecins le mentionnent. En ce domaine relationnel, les cliniques et les autres confrères sont moins cités (moins d'un médecin sur 10). Dans l'ensemble, bien que les spécialistes voient en moyenne moins de malades que les généralistes, ils sont plus souvent confrontés aux difficultés relationnelles. Ainsi, les exigences des malades, clairement formulées ou non, posent des problèmes pour 54 % des généralistes et jusqu'à 71 % des spécialistes. Les relations avec l'assurance-maladie ne sont guère sereines pour 26 % des généralistes mais la proportion s'élève à 38 % dans les spécialités. L'hôpital est source de difficultés pour 17 % des généralistes et jusqu'à 29 % des spécialistes. Une enquête a été conduite trois ans avant sur ce thème des difficultés relationnelles. En comparant les données des deux investigations, on constate dans l'ensemble une tendance à l'apaisement des tensions en médecine générale. Mais dans les spécialités, le climat conflictuel, ou pré-conflictuel, s'est alourdi. La proportion des spécialistes qui se plaignent des exigences des patients, de 45 % en 2005 s'est élevée à 71 % trois ans plus tard, comme indiqué ci-dessus. Les problèmes avec l'assurance-maladie affectaient 30 % d'entre eux en 2005 mais en touchent 3,8 % en 2008. Les difficultés avec l'hôpital, elles, sont multipliées par 2 (de 16% à 29 %). Toute cette évolution défavorable procède sans doute de certaines décisions récentes dans les domaines légal ou juridictionnel. On peut s'interroger sur les avantages et les inconvénients qu'une telle "américanisation" de l'exercice médical peut apporter au fonctionnement du système de santé en France. (R.A.).

Galam, E. (2009). "Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire." Medecine : Revue De L'unaformec **5**(5) : 231-234.

Comme la médecine, la relation médecin-malade s'inscrit dans une histoire et des problématiques complexes. L'émergence du sujet médecin est le résultat logique de la prise en compte du patient. Elle suscite des tensions et nécessite des ajustements fondés sur la dynamique du soin et les besoins de la collectivité, mais aussi de celle des individus médecins. Notre propos est de présenter une brève histoire de la réflexion et des tensions sur la relation médecin malade et de souligner l'enjeu majeur représenté par la prise en compte de l'identité professionnelle du médecin dans cet échange. La relation médecin-malade donne sens et couleurs à notre engagement professionnel et il est toujours très vivifiant d'en parler et d'en décrire les modalités optimales. Elle est aussi porteuse d'aspirations à la perfection mais aussi de tensions pas toujours exprimées et de dysfonctionnements plus ou moins flagrants.

Gallois, P., et al. (2009). "L'information du patient : claire, loyale et appropriée. Une composante essentielle de l'acte de soins." Medecine : Revue De L'unaformec **5**(7) : 308-314.

L'article 35 du code de déontologie fixe le cadre général de l'information due au patient sur son état de santé : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne, qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». Affirmation cependant atténuée dans le deuxième paragraphe de l'article qui autorise, « pour des raisons légitimes et dans son intérêt », à tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, notamment d'un pronostic fatal. Une recommandation de l'ANAES a explicité ce texte en 2000 : « une information loyale est une information honnête, une information claire est une information intelligible, facile à comprendre, une information appropriée est une information adaptée à la situation propre à la personne soignée ». Les différents arrêts de jurisprudence rendus par la Cour de Cassation, à la suite de l'arrêt dit Hédreul, ont confirmé que c'est bien au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien donné toute l'information nécessaire à son patient. L'information du patient se trouve donc dans une position ambiguë : élément positif de la relation médecin/malade, ou système défensif à hypothétique visée médico-légale ? La réflexion sur cette information porte aujourd'hui sur deux axes, pas nécessairement convergents, ce qui la rend parfois si difficile : d'une part sur le contenu adéquat de l'information à donner, d'autre part sur les moyens constituant les éléments de preuve nécessaires. Il y aurait donc a priori deux manières d'appréhender cette question : défensive dans le but de se prémunir contre un procès éventuel ou positive dans le but de mettre le patient en situation de comprendre ce qui lui est proposé. Il y a là en tout cas le signe d'une évolution profonde de la relation patient/médecin : le patient ne peut réellement devenir autonome et donner son « consentement éclairé » aux soins que s'il est convenablement informé.

Hennebo, N. (2009). Le cadre théorique du concept de web triangulation. Une analyse par théorisation ancrée du dialogue médecin-patient lié à l'Internet durant la consultation. Lille Université de Lille 2, Université Lille 2. Lille. FRA. **Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine** : 221, tabl., fig.

Un nombre croissant de patients utilisent l'Internet à des fins de recherche d'informations médicales. Le nombre de médecins connectés à ce réseau et l'utilisant en consultation va également croissant. Peu d'études qualitatives se sont intéressées à l'impact de l'apport ou de l'évocation de données issues de l'Internet par le patient et à son utilisation par le praticien durant la consultation sur la relation médecin-patient (RMP). Cette thèse a pour objectifs de comprendre et d'analyser l'impact et les particularités liés à la consultation de l'Internet sur la RMP, du point de vue des médecins. Dans cet optique, dix-sept entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes installés dans le Nord, et utilisant l'Internet durant la consultation. Les données ont été traitées qualitativement par l'analyse par théorisation ancrée. Une catégorie centrale a émergé, conceptualisée et intégrée dans un cadre théorique précisant les causes, contextes, conséquences, covariances et conditions de ce concept, la Web Triangulation (WT). La Web Triangulation Directe (WTD) conceptualise le dialogue médecin-patient lié à l'Internet lorsque le praticien l'utilise en consultation, la Web Triangulation Indirecte (WTI) ce dialogue lorsque le médecin n'utilise pas l'Internet en consultation mais que le patient évoque ou apporte des données en étant issues. Ce nouvel échange présente des particularités qui le distinguent de l'entretien classique médecin-patient : il y a une meilleure acceptation, implication, et compréhension de la façon de travailler du praticien par le patient, favorisant ainsi le modèle partagé de prise de décision ; les connaissances du patient sont plus approfondies voire supérieures à celles du praticien, bien qu'une reprise des informations soit souvent nécessaire ; la qualité et le volume des informations du flux de cet échange sont supérieurs à celles d'un entretien classique. Cet échange peut être utilisé par les praticiens pour faire intervenir une « autorité supérieure », et influe de manière positive sur la RMP. Cet échange est un facteur de performance médicale, nécessitant une adaptation du comportement des praticiens. Des nuances et des différences entre les propriétés de ces deux types de WT ont été décrites. Les médecins doivent prendre connaissance, voire conscience, du cadre théorique dans lequel ce nouvel échange est susceptible de survenir afin d'envisager son optimisation, facteur de performance médicale et d'amélioration de la RMP.

Moumjid, Ferdjaoui, N., et al. (2009). "La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France." Journal D'economie Medicale **27**(3) : 134-145, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9R0xIFDp. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le modèle de la

prise de décision partagée, le médecin/professionnel de santé et le patient/consommateur de soins sont perçus comme des partenaires de la prise de décision. Le concept apparu dans notre pays dans les années 1990, s'inscrit dans le cadre de la démocratie sanitaire. De façon très intéressante, il mobilise à la fois les professionnels de santé, les académiques, les décideurs dans le domaine de la santé, et bien entendu les consommateurs de soins/patients. Cet article vise à établir un état des lieux de l'approche de la prise de décision partagée dans notre pays, tout d'abord à un niveau qualifié d'officiel (principalement légal et institutionnel), puis au niveau d'études menées en oncologie et plus spécifiquement dans le cancer du sein, champ d'investigation privilégié des équipes de recherches multidisciplinaires. (résumé d'auteur).

Vega, A. (2009). "Information du patient. Des rapports médecin/malade compliqués." Medecine : Revue De L'uniformec 5(4) : 180-183.

Poser un diagnostic, proposer un traitement adapté à chaque patient sont autant de « choix » basés sur des critères objectifs et subjectifs, souvent inconscients et influencés par les référents sociaux, en particulier concernant la forme et le contenu de l'information à délivrer au patient et à son entourage. Tels sont les constats de Sylvie Fainzang, directrice de recherche à l'INSERM et d'Alain Froment, cardiologue hospitalier, en partie confortés par ceux d'autres chercheurs en sciences humaines. Sujet toujours controversé : comment, et jusqu'où peut-on ou doit-on dire la « vérité » aux malades ? Les projections médicales et des relations de pouvoir inégalitaires expliqueraient, selon ces deux auteurs, le caractère partiel des informations délivrées à certaines catégories de patients. De récentes études menées en oncologie montrent cependant les limites de cette analyse.

Winckler, M. (2009). "Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale." Seve : Les Tribunes De La Sante(23) : 37-42.

La médecine, la maladie, les thérapeutiques, tout cela les médecins peuvent l'apprendre en cours. Mais le vécu du patient ? Son regard sur le médecin ? La nature même des relations qui se tissent entre patient et soignant ? Les émotions, les interrogations, le sens, l'éthique, où peuvent-ils les apprendre ? Alors que dans les facultés de médecine trop d'enseignants examinent et découpent un « patient idéal » réduit à ses organes, d'autres s'asseyent pour écouter le récit des malades, lire les fictions des écrivains. La médecine, la maladie, les thérapeutiques, on les apprend de la bouche des médecins et dans des livres de médecine. La vie et la relation de soin, on les apprend de la bouche des vivants et dans les livres de littérature

2008

Afrite, A., et al. (2008). "Can physician-patient interaction generate social health inequalities? First results from a 2007 French pilot survey." European Journal of Public Health 18(suppl. 1) : 117.

L'objectif du présent travail de recherche est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin - patient qui peuvent expliquer, au-delà de différences sociales dans l'émergence de la demande de santé et de soins de la part du patient, des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à des écarts d'état de santé. Le projet INTERMEDE vise à répondre à la double question suivante : Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitement (de réponse du système de soins) selon les catégories sociales, qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ? Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin - patient qui les génèrent ? La médecine générale de ville a été choisie comme lieu d'observation de cette interaction, pour deux raisons. D'une part on peut penser qu'en médecine de ville, l'aspect relationnel, plus que dans le cadre de la médecine hospitalière, est un aspect essentiel et que les décisions de prise en charge sont susceptibles de dépendre de cette dimension d'interaction. D'autre part, la médecine générale touche l'ensemble de la population et permet donc de raisonner en termes de continuum d'inégalités sociales et non de cibler une population particulière. Il était nécessaire d'inscrire cette observation des pratiques autour d'un objet concret. Le surpoids et l'obésité ont été choisis.

Afrite, A., et al. (2008). "Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

dans la formation des inégalités sociales de santé (INTERMEDE)." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **56(6)** : S367-S368.

Cet article est le résumé de la communication présentée lors du Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 à Marseille les 16 et 17 octobre 2008, intitulé : Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques.

Afrite, A., et al. (2008). Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé. (INTERMEDE), Marseille : ORS

Certains travaux empiriques sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé mettent en avant le rôle du système de soins, en particulier de la médecine générale, soulignant qu'il pourrait contribuer à les renforcer. L'étude pilote INTERMEDE explore, à partir de l'exemple de l'obésité, comment l'interaction médecin-patient dans le cadre de la consultation de médecine générale contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé. Une phase qualitative, préalable à la phase quantitative (objet de la communication), a permis de produire des résultats préliminaires et fournit des hypothèses à tester sur les interactions médecin-patient. La phase quantitative a été réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de patients de 3 régions françaises. Son originalité était de tester un questionnement « en miroir » du patient et du médecin, avant, tout de suite après et 15 jours après la consultation enquêtée. Les dimensions « en miroir » recueillies par des enquêteurs à l'aide de questionnaires standardisés concernaient : les caractéristiques socio-économiques ; le(s) motif(s) de la consultation, les problèmes de santé notamment de surcharge pondérale et les prescriptions.

Bouchayer, F. (2008). Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral : Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes : Approche sociologique de la fonction soignante de proximité. Marseille Ehes ; Shadyc : 125.

Ce projet vise à mieux connaître et « décrypter » les pratiques et les attitudes des médecins (généralistes) et des paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) « tout venant » exerçant en libéral et amenés, de fait, à avoir dans leur clientèle une part et un nombre plus ou moins importants de personnes âgées. Une majeure partie du suivi médical de la population âgée et très âgée est assurée par ces professionnels. Or peu de recherches en sciences sociales en France ont été consacrées à leurs activités dans ce domaine. L'attention s'orientera de façon privilégiée vers ce qui relève des attitudes de ces professionnels à l'égard des patients, et à la manière dont ils « vivent » et pratiquent leur métier, en général et vis-à-vis des patients âgés. Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus générale sur les processus d'appropriation de leur métier et d'élaboration progressive des univers professionnels par les acteurs engagés dans la pratique soignante, en accordant une place centrale à la « présence des patients ».

Bouhnik, A. D., et al. (2008). L'implication des patients dans le choix des traitements. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades., Paris : La documentation française : 123-136, tabl.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/vie_deux_ans_apres_cancer_2008.pdf

L'objet de ce chapitre est de savoir si les patients estiment ou pas avoir participé aux décisions médicales concernant leur cancer, et si leur degré d'implication correspond à leurs attentes. Au total, 55 % des patients interrogés estiment avoir participé à la décision thérapeutique et 69 % déclarent que leur implication a été conforme à leurs attentes. Parmi le tiers des personnes considérant qu'elles n'ont pas été impliquées au niveau souhaité, 78 % auraient souhaité être davantage impliquées. À noter toutefois, 27 % des personnes interrogées se déclarent satisfaites de ne pas avoir été impliquées, illustrant ainsi hétérogénéité des attentes. Cinq groupes ont été dégagés à partir du croisement de deux variables, l'implication dans le choix des traitements et le fait que ce niveau d'implication corresponde ou non aux attentes des patients. Le groupe de référence (42 % des personnes interrogées) comprend les patients qui ont été impliqués dans la décision médicale, conformément à leurs attentes ; ils sont davantage atteints d'un cancer de la prostate. Appartenir aux classes d'âge extrêmes et avoir un faible niveau d'études augmente la probabilité de ne pas souhaiter

être impliqué quel que soit le niveau d'implication expérimenté. À l'inverse, les groupes qui regrettent de ne pas avoir été plus impliqués expriment davantage un besoin de soutien psychologique ; de plus, ils présentent plus souvent de faibles scores de qualité de vie (physique et mentale) et une plus grande détresse ; enfin, ils se montrent également plus critiques à l'égard de l'information reçue et de leur relation avec l'équipe médicale.

Le Coroller-Soriano, A. G., et al. (2008). La perception de l'annonce du diagnostic et du suivi médical. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades., Paris : La documentation française : 109-122, tabl.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/vie_deux_ans_apres_cancer_2008.pdf

L'annonce du diagnostic constitue l'un des moments les plus intenses de la relation entre un malade et son médecin. Parmi l'ensemble des personnes interrogées en 2004, 20 % indiquent que le diagnostic n'a pas été annoncé en face-à-face par un médecin. De plus, un patient sur quatre déclare avoir ressenti cette annonce comme « trop brutale ». Toutes choses égales par ailleurs, le sentiment de brutalité de cette annonce n'est pas influencé par les caractéristiques cliniques de la maladie. Parmi les variables sociodémographiques, les personnes qui ont le plus souvent ressenti l'annonce de leur diagnostic de manière trop brutale sont les femmes, les plus jeunes, celles dont le niveau d'études est inférieur au baccalauréat et les agriculteurs et ouvriers. Le sentiment de brutalité est aussi lié au fait que le diagnostic n'a pas été annoncé en face à face. Deux ans après un diagnostic de cancer, la quasi-totalité des personnes interrogées (98 %) sont toujours suivies médicalement. Dans 85 % de ces cas, le médecin en charge de ce suivi est le même au moment du diagnostic et de la mise en route du traitement. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 71 % s'estiment « tout à fait » satisfaites de ce suivi et 24 % « plutôt » satisfaites. Concernant la fréquence des relations avec leur médecin, 85 % souhaiteraient voir leur médecin « comme actuellement », 8,5 % « plus souvent qu'actuellement » et 6,1 % « moins souvent qu'actuellement ». Les patients atteints de cancer du sein et de la prostate, ainsi que ceux qui craignent une rechute souhaitent plus souvent augmenter la fréquence de leur suivi. Que ce soit vis-à-vis de leur suivi en général ou de sa fréquence, la prise en charge des séquelles et le soutien psychologique sont les clefs de la satisfaction des patients.

Rolland, C., et al. (2008). Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE), Marseille : ORS

Les recherches sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins. Mais des travaux empiriques montrent que le système de soins peut également contribuer à les renforcer. L'objectif du projet INTERMEDE est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin-patient qui peuvent expliquer des prises en charge différenciées pouvant contribuer in fine à la construction d'écarts d'état de santé. INTERMEDE associe une approche qualitative et quantitative. La phase qualitative, objet de la présente communication, vise à tester la faisabilité d'un recueil sociologique aux différents temps de la consultation de médecine générale, de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative et de produire des résultats originaux sur les interactions médecin patient observées. Elle s'est déroulée chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, où 242 consultations ont été observées dont 48 ont été suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits).

Rolland, C., et al. (2008). "Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE)." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique 56(6) : S366-S367.

Cet article est le résumé de la communication présentée lors du Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 à Marseille les 16 et 17 octobre 2008, intitulé : Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques.

2007

Deau, X. et Vacheron, A. (2007). "L'analyse d'un médecin omnipraticien de la relation médecin-malade-Internet
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

dans sa pratique quotidienne. Discussion : De l'autodiagnostic à l'automédication." Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine **191**(8) : 1497-1502.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS oHllpR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La relation médecin-malade évolue au fil du temps en fonction des techniques nouvelles d'information et des impératifs législatifs (lois de mars 2002 et août 2004). Cependant l'article 35 du code de déontologie trouve un regain d'actualité : "l'information doit ainsi être loyale, claire et appropriée à l'état du patient... Le médecin tient compte de sa personnalité dans ses explications et veille à leur compréhension". Ainsi comment le médecin peut-il et doit-il adapter cet enrichissement de l'information par internet à chacun de ses patients internautes ? Internet est-il un intrus ou un tiers compétent dans le colloque singulier médecin-malade ? Le devoir du médecin n'est-il pas d'amener son malade, grâce à la déontologie et à internet, non seulement sur la voie du mieux être mais sur la voie du plus être ?

Jaunait, A. (2007). "La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient." Sciences Sociales Et Sante **25**(2) : 67-72.

Commentaire de l'article de J.P. Pierron "Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins".

Pierron, J. P. (2007). "Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins." Sciences Sociales Et Sante **25**(2) : 43-65.

Fruit d'une construction sociale, la relation médecin-malade connaît aujourd'hui des mutations sensibles. La récente formulation d'un code des droits du malade et de la qualité du système de santé modifie le contexte et la nature de la décision médicale. Entre un modèle traditionnel de la décision faisant du malade un patient soumis au paternalisme médical et la crainte d'un malade devenu consommateur de soins, le malade a changé de statut. On interroge ici ce qu'il peut alors en être d'une décision médicale partagée, notamment dans un contexte marqué par une technicisation de la pratique médicale, une sécularisation des mœurs hospitalières et un individualisme démocratique. Les relations entre décision médicale et vulnérabilité opèrent ainsi comme le révélateur de la façon qu'a une société de prendre en compte l'homme malade.

2006

Faizang, S. (2006). La relation médecins-malades : information et mensonge, Paris : Presses Universitaires de France

À l'ère de la démocratie sanitaire où le droit du patient à l'information est non seulement défendu, mais encore garanti par la législation, qu'en est-il, réellement, de l'information du malade ? Le patient reçoit-il l'information qu'il désire, que ce soit sur le diagnostic, le pronostic ou sur les traitements qui lui sont proposés ? Et, quand il la désire, quelle information souhaite-t-il obtenir ? Mais aussi, quelle information consent-il, lui-même, à donner aux médecins sur son mal et sur son corps ? Cet ouvrage est le résultat d'une étude menée pendant quatre ans sur les échanges entre médecins et malades et sur la nature des informations transmises à l'intérieur de la relation médicale. Il résulte d'une observation et d'une fréquentation de malades et de médecins dans le cadre de la médecine hospitalière, dans le contexte du cancer et d'autres pathologies. Il met en évidence non seulement des pratiques de rétention de l'information et de soustraction de la vérité, mais aussi, par delà ce qu'il est convenu d'appeler le "mensonge par omission", l'existence de véritables pratiques mensongères de la part des médecins comme des malades. Une analyse de leurs mécanismes et des malentendus qui caractérisent un grand nombre d'échanges en est proposée. Elle renouvelle l'approche de la problématique du mensonge en adoptant une perspective résolument anthropologique, attentive aux conditions et aux modalités sociales de son accomplissement. L'auteur y examine les frontières entre ce que l'on dit et ce que l'on ne dit pas, et entre ceux à qui on donne l'information et ceux à qui l'on ment, mettant en lumière un domaine encore peu exploré.

Mantz, J. M. et Wattel, F. (2006). "Importance de la communication dans la relation soignant-soigné." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **190**(9) : 1999-2011.

La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. La qualité des premiers contacts, les informations que le patient, inquiet, attend sur sa maladie, son traitement, son avenir, sa confiance qu'il porte à son médecin s'en trouvent compromises de même, à terme, que la relation médecin-malade elle-même. Les principales causes de cette carence sont une prise de conscience insuffisante de l'importance de l'information du malade, un manque de temps, et une formation quasi-inexistante du personnel soignant à la communication. Il est urgent de remédier à cette situation en veillant à la qualité de l'accueil, particulièrement en urgence, à la formation à la communication de tous les acteurs de santé et en permettant aux médecins de consacrer l'essentiel de leur temps aux malades, aussi bien en milieu hospitalier que libéral. La population elle-même, instruite par les médias, devrait également participer à cette véritable "culture de la communication", gage d'une qualité essentielle de la relation médecin-malade, la confiance partagée (Résumé d'auteur).

2005

Carricaburu, D. et Menoret, M. (2005). "Les transformations dans la relation médecin/malade : mythe et réalités." Cahiers Francais(324) : 79-84, graph.

Au sein de l'abondante littérature sociologique relative à la relation médecin/malade, cet article présente l'analyse fonctionnaliste de T. Parsons, qui conclue à une relation de type consensuel, et analyse les critiques dont elle a fait l'objet. Une autre approche, représentée par E. Freidson, insiste au contraire sur le caractère conflictuel de cette relation. Ces dernières années, à la suite de crises sanitaires de grande ampleur, le pouvoir thérapeutique a vu sa légitimité contestée. Mais, malgré la place qu'ils occupent désormais dans le dispositif sanitaire, les usagers exercent une influence encore très limitée.

Gargot, F. et Balagayrie, A. (2005). "Étude des facteurs influençant la demande des patients en consultation de médecine générale." Concours Medical **127**(11-12) : 655-659, graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA gR0xEwZ3. Diffusion soumise à autorisation]. La démarche proposée par le médecin et la façon dont le patient la perçoit ne sont pas toujours en adéquation, car celui-ci est influencé par des facteurs qui ne sont pas toujours clairement identifiés. Cette étude prospective porte sur 40 patients présentés par 10 médecins généralistes. Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, à l'aide d'un questionnaire qualitatif s'inspirant des travaux de Consoli sur les stratégies d'ajustement (coping) et de Laplantine en ce qui concerne la représentation des maladies.

2004

Hoerni, B, et al. (2004). "Le téléphone dans la pratique de la médecine. Commentaire." Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine **188**(3) : 431-439.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS qy5R0x2o. Diffusion soumise à autorisation]. Bien que privé du contact clinique direct, entre patient et médecin, le téléphone est de plus en plus utilisé en médecine, pour toutes sortes d'interventions qui représentent une part importante de l'activité de beaucoup de praticiens. Son développement tient à des avantages, surtout appréciés par les patients, malgré des inconvénients, surtout perceptibles par les médecins. Ceux-ci doivent répondre à une demande croissante et s'y adapter en prenant des précautions. Une formation spécifique des étudiants en médecine s'inscrirait bien dans un meilleur apprentissage de la communication.

2003

(2003). Les relations entre médecins et patients : les principaux textes de loi, Paris : Editions des journaux officiels

Ce fascicule rassemble les principaux textes de loi relatifs aux droits des malades et à la relation médecin malade. Il intègre la nouvelle loi de mars 2002, et analyse les principaux aspects de la législation : accès aux soins, information et respect des droits des malades, organisation des soins, éthique et secret professionnel, accès à l'assurance et à l'indemnisation, responsabilité médicale.

Allemand, H., et al. (2003). "Les difficultés dans l'exercice professionnel." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **43**(3) : 582-592, tabl., stat.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP DR0xqU8l. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés dans cet article concernent les difficultés dans l'exercice professionnel des médecins libéraux de la région Ile-de-France. Ces résultats proviennent de l'enquête réalisée de décembre 2002 à mars 2003. Dans l'enquête, quatre types de difficultés sont énumérées : les difficultés de nature financière, celles de nature relationnelle, celles spécifiques à l'Ile de France et enfin celles relatives à l'organisation du système de santé. La difficulté la plus souvent éprouvée est la lourdeur des charges.

2002

Bien, F. et Reberioux, A. (2002). "L'interaction médecin-patient : un examen par l'économie des contrats." Journal D'economie Medicale **20**(5) : 251-262, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 1R0xriGm. Diffusion soumise à autorisation]. L'article se propose d'apprécier la pertinence de la Théorie des Contrats appliquée à la relation médecin-patient. Dans une première partie, nous justifions de choix de l'aléa moral comme cadre d'analyse de cette relation. Dans une seconde partie, la Théorie de l'Agence est confrontée à la question de la simplicité des schémas de rémunération ; il est alors montré que ses prédictions sont concordantes avec la réalité. Pour autant, la validité de cette approche est questionnée, d'un point de vue plus normatif. Dans une troisième partie, une tentative d'application du cadre williamsonien de la Théorie des Coûts de Transaction est menée, dont découle une approche originale de l'éthique comme structure de gouvernance "clef en main". (résumé d'auteur).

2001

Lorrain, P., et al. (2001). "L'information et le patient : les illusions de la transparence." Pratiques : les Cahiers de la Medecine Utopique(12) : 57.

2000

Breuil-Genier, P. et Rupprecht, F. (2000). "Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyses par épisodes de soins." Economie Et Prevision(142) : 163-181, 164 tab.

Les comportements « stratégiques » prêtés aux patients (anti-sélection, aléa moral) comme aux professionnels du système de soins (demande induite) sont difficilement testables. En effet, s'il est aisé de trouver un lien entre assurance et consommation de soins, il est plus délicat de faire la part des choses entre ce qui résulte de comportements d'aléa moral ou d'antisélection. De même une augmentation parallèle de la densité médicale et de la consommation de soins peut certes traduire des phénomènes de demande induite (les médecins créent leur propre demande) mais peut être aussi la conséquence d'une hausse exogène des besoins de soins accompagnée d'une augmentation des moyens nécessaires à les satisfaire. Pour essayer de cerner plus précisément les déterminants des comportements des patients et des médecins, cet article analyse ici la succession des décisions de consommation pour une maladie et un patient donné en reconstruisant des épisodes de soins à partir

de l'enquête santé 1991-1992. Il montre ainsi que la possession d'une assurance complémentaire a une incidence forte sur la décision de recourir aux soins en cas de maladie, mais qu'elle n'en a plus sur le choix du type de premier recours (généraliste ou spécialiste) ou sur l'existence de recours ultérieurs. Si la densité médicale peut expliquer une partie du choix entre généraliste et spécialiste en premier recours, elle est sans incidence sur le nombre de premiers recours ou l'existence de recours ultérieurs.

Cresson, G. et Schweyer, F. X. d. (2000). Les usagers du système de soins, Rennes : éditions ENSP

Le terme d'usager est devenu le synonyme commode de malade, patient, client et citoyen - tous concernés par la santé. L'usager serait le centre même du système de santé, celui pour lequel les investissements sont consentis, les professionnels formés et les équipements renouvelés... Cet ouvrage propose quelques clés pour comprendre les transformations récentes de la question des usagers du système de soins, dont le traitement engage les décennies à venir. Il est le fruit de la rencontre, au sein du Comité de recherche « Sociologie de la santé » de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF), d'une vingtaine de chercheurs et de médecins. Les principaux thèmes abordés sont les suivants : la place de l'usager dans les récents dispositifs de santé publique ou dans les dernières lois hospitalières, les regards des professionnels sur le « bon » usager ; leurs pratiques de tri, de définition et d'évaluation des différents types d'usagers ; l'usager à part entière du système, producteur de soins, de connaissances profanes, d'évaluation des professionnels.

Evin, C., et al. (2000). "La santé, l'expert et le patient." Projet(263) : 103.

Ce dossier sur la santé, l'expert et le patient appelle à réfléchir à une politique de santé où les responsabilités seraient davantage partagées. La première partie s'interroge sur la manière dont sont entendues les demandes des patients. Si le modèle français s'est donné de formidables moyens pour répondre aux besoins les plus aigus, il tâtonne à promouvoir une santé dans le temps, à accompagner les besoins chroniques : ceux des personnes âgées, ceux de certains jeunes, ceux nés des modes de vie, des conditions sociales... La deuxième partie insiste sur la nécessité de bien réguler le système de soins et de construire un projet collectif de politique de santé : la véritable régulation, la meilleure efficacité sont au service d'un projet, non pas d'une consommation de soins. Ce projet de santé suppose des acteurs, des citoyens. Les conférences régionales de santé, le fonctionnement en réseau des dispositifs de santé sont des pistes à explorer pour un meilleur dialogue de l'expert et du patient, dans l'élaboration d'une réponse de santé.

Letourmy, A. et Naiditch, M. (2000). "L'information des usagers sur le système de soins : rhétorique et enjeux." Revue Française Des Affaires Sociales(2) : 45-60.

Une des questions centrales qui structure les débats concernant la place des usagers dans le système de soins, a trait à l'information que ceux-ci sont en droit de recevoir sur l'activité et la performance des établissements ou des professionnels. Pour traiter de ce sujet, les auteurs abordent dans une première partie le contenu de l'information des usagers et les bénéfices que ceux-ci peuvent en attendre, en montrant notamment ce qui la distingue mais aussi ce qui la relie à l'information des patients. Dans un deuxième temps, un certain nombre d'arguments en faveur de l'apport de l'information des usagers à la régulation du système de santé sont présentés et discutés. Enfin, dans la dernière partie, les auteurs font état du risque que suscite une certaine forme de présentation ou d'utilisation de l'information aux usagers, en faisant de ces derniers l'un des instruments du conflit actuel entre professionnels et gestionnaires. (Extrait du résumé d'auteur).

Moujmid-Ferdjaoui, N. et Carrere, M. O. (2000). "La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale." Revue Française Des Affaires Sociales(2) : 73-88.

Cet article fait le point sur l'évolution récente de la relation médecin-patient, à partir d'une analyse de la littérature scientifique majoritairement anglo-saxonne. Les auteurs ont pu ainsi tirer un certain nombre d'enseignements sur l'évolution de cette relation en France, sur les différents modèles de la décision médicale, sur le désir d'information du patient et sur les difficultés du transfert de l'information au patient, sur les préférences des patients et ses éventuels déterminants. Pour

terminer, ils tentent d'entrevoir l'avenir pour l'information du patient et sa participation à la décision médicale.

1998-

Galam, E. (1998). "La relation dans le dossier et le dossier dans la relation - un partenariat SFMG Repères : genèse et perspectives." Documents De Recherches En Medecine Generale(50) : 44-46.

L'informatisation des dossiers médicaux est porteuse de nombreux enjeux financiers, épidémiologiques structurels aux multiples conséquences sur la qualité des soins et le développement de la recherche en médecine générale. C'est pour éviter que ne soit trop minimisée voire exclue des dossiers, une large part de leur activité, que cinq médecins généralistes venant d'une part du Groupe Repères et d'autre part, de la SFMG (Société Française de Médecine Générale), ont élaboré un séminaire de recherche qui a réuni en février 97 vingt médecins généralistes en activité sur le thème : " dossier médical informatisé : quels items pour décrire la relation et l'environnement ". A l'issue de ce travail a été élaborée une grille qui va être testée et validée sur le réseau SFMG (Résumé d'auteur).

Wittke, L. (1998). "La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?" Documents De Recherches En Medecine Generale(50) : 12-13.

Existe-t-il des spécificités de pratique de la médecine générale propre aux femmes ? Le Dr Wittke a tenté de trouver une réponse à cette question à partir de trois sources : une revue de la littérature, la base de données de l'enquête SFMG (Société Française de Médecine Générale) intitulée " Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales ", et une enquête d'opinion auprès de praticiennes. Cet article présente la synthèse des résultats de ses travaux.

LES REFUS DE SOINS

2021

Berrier, S. et Clausener, M. (2021). "Comment lutter contre les refus de soins discriminatoires ?" Medecins : Bulletin De L'ordre National Des Medecins(71) : 14-17.

Depuis quelques années, des outils sont mis en place pour lutter contre les refus de soins discriminatoires, une pratique totalement opposée à la déontologie médicale. Et pourtant, il aura fallu attendre plus d dix ans la publication d'un décret en application de la loi Bachelot de 2009, qui décrit et définit les modalités de la procédure de conciliation et de sanction en cas de refus de soins.

Cnam (2021). Rapport d'activité de la médiation de l'Assurance Maladie pour 2020. Paris Cnam.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-07-01-cp-rapport-activite-mediation-2020>

Au-delà du règlement des situations individuelles entre les usagers et les caisses primaires d'Assurance Maladie, la médiation a comme mission de favoriser l'accès aux droits et aux soins, et d'améliorer la qualité de service rendu aux usagers. Le rapport d'activité pour 2020 comporte : Une présentation du rôle et de l'organisation de la médiation de l'Assurance Maladie (anciennement connu sous le nom de la conciliation) avec une direction nationale et un réseau de 107 médiateurs maillant le territoire. Les chiffres clés de l'activité des médiateurs : 35 793 saisines ont été ainsi traitées en 2020, un chiffre à peu près stable par rapport à 2019, après une hausse de 17 % entre 2018 et 2019. Compte tenu de la situation sanitaire, ce sont surtout les questions relatives à l'absence de revenus de substitution depuis plus de deux mois qui ont augmenté. A près de 70 %, elles proviennent directement des usagers et sont traitées dans plus de 9 cas sur 10, en étant soit résolues, soit réorientées vers les bons interlocuteurs. Au-delà des résultats chiffrés, sont présentés des exemples de situations marquantes résolues grâce à l'intervention des médiateurs. Les cinq nouvelles

propositions d'amélioration de la réglementation, visant à faciliter la compréhension des assurés, leur accès aux droits et aux soins et la qualité des réponses apportées par l'Assurance Maladie.

Lenep, F. V. P. (2021). Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire : édition 2021. Paris Ministère chargé de la santé : 127.

https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/283241_0.pdf

Selon l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, « [...] Le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires [de la complémentaire santé solidaire avec participation financière] ainsi que l'évolution du montant des cotisations de taxe de solidarité additionnelle, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité". Il est remis au Parlement avant le 31 décembre. Ce rapport 2021 rend compte d'une information claire, précise et transparente sur la complémentaire santé solidaire, sa gestion ainsi que sa mise en œuvre. Il est aussi bien destiné au Grand public en raison de plusieurs parties à destinée pédagogique qu'à des acteurs et institutions spécialisés dans le domaine de l'accès aux soins.

2019

Le Défenseur des Droits (2019). Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. Paris Le Défenseur des droits : 42.

<https://defenseurdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2019/10/les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites>

Ce rapport présente les résultats d'une enquête intitulée « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales » réalisée, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, par une équipe de recherche du TEPP-CNRS. Malgré l'existence de dispositifs visant à garantir un accès aux soins pour les plus démunis, tels que la CMU-C ou l'ACS, l'étude démontre que les pratiques de certains professionnels de santé freinent la pleine effectivité de l'accès aux soins. Basée sur un testing téléphonique réalisé entre février et mai 2019, elle a pour objectif de mesurer les différences de traitement dans l'accès aux soins auprès de chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres et selon deux critères : l'origine supposée de la patiente (identifiée à travers son nom) et la vulnérabilité économique (identifiée par le fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS). C'est la première fois qu'une telle enquête est réalisée à l'échelle nationale. Plus de 1 500 cabinets de ces trois spécialités ont été testés, 4 500 demandes de rendez-vous et 3 000 tests ont été effectués dans ce cadre. Par ailleurs, elle a permis de tester pour la première fois l'accès aux soins des personnes qui bénéficient de l'ACS. Les résultats mettent en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Cette analyse révèle que ces discriminations sont nettement plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C. Ces différences peuvent renvoyer soit à la méconnaissance de l'ACS, soit encore aux difficultés administratives et aux délais de remboursement supérieurs qui sont anticipés par les professionnels de santé. Sans surprise, ces pratiques sont plus marquées chez les professionnels du secteur 2 (hors OPTAM) par rapport à ceux du secteur 1, ce qui confirme la présence d'une rationalité économique des professionnels de santé dans leurs refus de soins discriminatoire. L'intensité de ces refus de soins est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Ile-de-France, indépendamment de la densité médicale locale. L'étude révèle également, dans certaines régions seulement, des discriminations selon l'origine. Régulièrement dénoncés, ces refus de soins discriminatoires sont contraires à la déontologie et à l'éthique médicale et considérés comme des délits au regard de la loi, rappelle le Défenseur des droits. La perspective de l'intégration de l'ACS et de la CMU-C au sein de la nouvelle « complémentaire santé solidaire laisse ouverte la question de l'évolution future des refus de soins discriminatoires pour les bénéficiaires de la

nouvelle complémentaire.

2012

Despres, C., et al. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. Paris Fonds CMU ; Paris Irdes : 94.

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Harrar, E. et Lazimi, G. (2012). "Inégalités sociales de la prise en charge des patients diabétiques : enquête qualitative auprès des médecins généralistes." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) : 48-53.

Bien qu'ayant plus de complications et consultant plus souvent leurs médecins généralistes, les patients diabétiques socio-économiquement défavorisés ont un moins bon suivi que les patients de meilleur niveau socio-économique. A partir d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes, cet article analyse les particularités de suivi de patients atteints de diabète et bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

2011

Despres, C. et Couralet, P. E. (2011). "Situation testing: the case of health care refusal." Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **59**(2) : 77-89.

Ce document vise à expliquer la pertinence et les limites de la méthode de testing qui évalue le refus des médecins à fournir des soins de santé. Réalisée en 2008-2009, cette étude visait à évaluer le taux de refus de soins de santé parmi plusieurs catégories de praticiens du secteur privé envers les patients couverts par les français de l'assurance santé publique sous condition de ressources complémentaires (CMUC) quand ils ont demandé un rendez-vous d'abord par téléphone. Les autres objectifs étaient d'étudier les déterminants de refus de soins de santé et d'évaluer la méthode. L'étude a été menée sur un échantillon représentatif de dentistes, basée à Paris et les médecins en cinq catégories : les médecins généralistes, gynécologues médicaux, ophtalmologistes, les radiologues, et les dentistes.

2010

Despres, C. (2010). "La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires." Pratiques Et Organisation Des Soins(1) : 33-44, tabl.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 7qFm7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'article a pour objectif d'analyser les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Nous montrons que les manières de concevoir et de mettre en oeuvre la réforme participent à la production des refus des praticiens de ville. Il s'appuie sur les résultats d'un

testing réalisé en 2005, ayant fait l'objet d'une analyse mixte, quantitative et qualitative ainsi qu'une vingtaine d'entretiens auprès des praticiens.

2009

Despres, C., et al. (2009). Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Paris Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : 99.

Cette étude répond à une demande du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Il s'agit de produire de nouvelles connaissances concernant le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) dans le cadre du 4ème rapport d'évaluation de la loi créant la CMU. Le rapport rend compte des résultats d'une opération de testing menée entre décembre 2008 et janvier 2009 à Paris. Les données produites s'appuyant sur un testing permettront également d'affiner cette méthode et de mesurer le taux de refus sur un territoire plus important que lors de la dernière étude commandée par le fonds CMU en 2005.

2008

Boisguerin, B. et Pichetti, S. (2008). "Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006." *Etudes et Resultats (Drees) (629)* : 8, tabl.

https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_Panorama_acces_aux_soins_de_ville_beneficiaire_CMU_2008_.pdf

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BtR0xs9E. Diffusion soumise à autorisation]. Les débats relatifs aux difficultés d'accès aux soins d'une partie des bénéficiaires de la CMU complémentaire, qui se sont noués en 2007, ont conduit la DREES à engager une étude sur les conditions d'accueil de ces assurés sociaux par différentes catégories de professionnels de santé. Cette étude a privilégié une approche géographique fine par zone d'emploi qui permet de neutraliser l'inégale répartition des bénéficiaires de la CMU sur le territoire. Les médecins généralistes accueillent une part plus élevée de personnes couvertes par la CMU que les spécialistes ou les dentistes.

Cases, C., et al. (2008). "Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ?" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (130)* : 1-6.

<http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

Chadelat, J. F. (2008). "Solidarités, praticiens et CMU : les refus de soins." *Regards(34)* : 179-188.

Cet article examine la genèse et les fondements de la loi CMU, la genèse du refus de soins de la

clientèle CMuiste par le médecin. Il présente ensuite l'enquête "refus de soins" menée par le Fonds CMU et les conséquences de sa publication.

2006

Fonds CMU (2006). Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire : Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Paris Fonds CMU : 80, tabl.

Réalisée par le DIES (organisme d'études filiale de la Fondation de l'Avenir) pour le compte du Fonds Cmu auprès de 215 médecins et dentistes dans le département du Val-de-Marne, cette étude analyse la pratique médicale des médecins et des dentistes à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Les résultats démontrent que les spécialistes opposent un taux de refus élevé (41,0 %) comme celui des dentistes (39,1 %). Le taux de refus n'est que de 1,6% pour les médecins généralistes de secteur 1 et de 16,7 % pour ceux de secteur 2, soit un taux moyen de 4,8 %.

Chadelat, J. F. (2006). Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU : rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et de la solidarité. Paris La documentation française : 32, ann.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000895.pdf>

La loi du 27 juillet 1999 a créé le dispositif de la CMU (couverture maladie universelle) permettant aux personnes à faibles revenus d'avoir accès à toutes les formes de soins. La mission confiée à Jean-François Chadelat trouve notamment son origine dans la publication, en juin dernier, d'une étude intitulée « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne » (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000521/index.shtml>). Il apparaît dans cette étude que certains professionnels de santé ne respectent pas le principe d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU. Le rapport présente plusieurs propositions, dont la première est d'introduire, par un article de loi, une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins.

Velissaropoulos, A., et al. (2006). "Je ne m'occupe pas de ces patients" : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Paris Médecins du Monde : 42, tabl., carte.

Cette étude publiée par Médecins du monde a montré que 40 % des médecins généralistes consultés refusent de soigner des malades bénéficiaires de l'aide médicale d'état. Les codes de déontologie et de santé publique sont sans ambiguïté : rien ne peut justifier de telles discriminations. Cette analyse se base sur les résultats d'une enquête menée dans dix villes de France.

2001

Perronnin, M., et al. (2001). Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998. Paris Ensaie-Credes. **Mémoire fin 3ème année ensae : année scolaire 2000-2001** : 49, 45 ann., graph.

Les analyses du risque moral en France ont porté essentiellement sur l'impact de la détention d'une couverture complémentaire sur le volume de soins. Cette étude avait pour objectif d'affiner cette problématique en répondant à la question suivante : les gens mieux assurés dépensent-ils plus ? Et si oui, comment ? Plus précisément, il s'agissait d'identifier et de mesurer un effet quantité, un effet substitution, un effet prix. Dans sa première et seconde partie, ce document présente l'agencement de la couverture obligatoire d'assurance maladie et de la complémentaire santé en France, puis l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 qui a été utilisée pour cette étude. La troisième partie présente une estimation d'une demande de soins de spécialiste qui permet d'expliquer de manière

pertinente l'effet de la couverture complémentaire. L'analyse porte ensuite sur l'arbitrage entre renoncement à des soins / consommation de soins chez un généralistes / consommation de soins chez un spécialiste qui est issu directement de la structure du système de santé en France où, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, l'accès au spécialistes est très aisé. En France, le choix se fait directement par les individus. Les médecins généralistes et spécialistes sont donc mis en concurrence. Dans ce cadre, deux modèles de choix ont été mis en place pour comprendre la façon dont les individus prennent leurs décisions de consommation : un modèle à choix séquentiel et un modèle à choix simultanés. C'est le modèle à choix simultanés qui semble plus pertinent pour expliquer cet arbitrage ainsi que le rôle de la couverture complémentaire.

La prise en charge de la pandémie de Covid-19 par les médecins généralistes

[Voir aussi sur le site de l'Irdes](#)

- [Covid : éléments de littérature scientifique. 1^e partie](#) ;
 - [Covid : éléments de littérature scientifique. 2^e partie](#).
- (Thématique : Systèmes de santé – Réponses à l'épidémie de Covid).

2022

Kumpunen, S., Webb, E., Permanand, G., et al. (2021). "Transformations in the landscape of primary health care during Covid-19: Themes from the European region." *Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.002>

The Covid-19 pandemic has dramatically impacted primary health care (PHC) across Europe. Since March 2020, the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) has documented country-level responses using a structured template distributed to country experts. We extracted all PHC-relevant data from the HSRM and iteratively developed an analysis framework examining the models of PHC delivery employed by PHC providers in response to the pandemic, as well as the government enablers supporting these models. Despite the heterogeneous PHC structures and capacities across European countries, we identified three prevalent models of PHC delivery employed: (1) multi-disciplinary primary care teams coordinating with public health to deliver the emergency response and essential services; (2) PHC providers defining and identifying vulnerable populations for medical and social outreach; and (3) PHC providers employing digital solutions for remote triage, consultation, monitoring and prescriptions to avoid unnecessary contact. These were supported by government enablers such as increasing workforce numbers, managing demand through public-facing risk communications, and prioritising pandemic response efforts linked to vulnerable populations and digital solutions. We discuss the importance of PHC systems maintaining and building on these models of PHC delivery to strengthen preparedness for future outbreaks and better respond to the contemporary health challenges.

Milstein, R., Shatrov, K., Schmutz, L. M., et al. (2022). "How to Pay Primary Care Physicians for SARS-CoV-2 Vaccinations: An analysis of 43 EU and OECD Countries." *Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.008>

Vaccinations are crucial to fighting SARS-CoV-2, and high coverage rates can in most countries probably only be achieved with the involvement of primary care physicians (PCPs). We aimed to explore how SARS-CoV-2 vaccination payment schemes in 43 countries differ with regard to the (i) type of payment scheme, (ii) amount paid, (iii) degree of bundling, and (iv) use of pay-for-performance elements. We collected information on payments and health system characteristics, such as PCP income and employment status, in all EU and OECD countries over time. We regressed the payment amount on the income of PCPs for countries with activity-dependent schemes using a linear regression (OLS), and we interpreted the residuals of this regression as a vaccination payment index. The majority of countries (30/43) had chosen payment schemes that reward PCPs for the activity they perform. Seventeen countries paid less per vaccination than the income-adjusted average, whereas 13 countries paid more. Twelve countries used pay-for-performance elements.

Tuppin, P., Lesuffleur, T., Constantinou, P., et al. (2022). "Variations du nombre de consultations de professionnels de santé primaire en France au cours de l'épidémie de Covid-19 en 2020 versus 2019 selon les caractéristiques des individus : une étude nationale observationnelle." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* **70**: S2.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.055>

Introduction L'organisation des systèmes de soins a été fortement perturbée par la pandémie de Covid-19. L'impact sur les recours aux soins primaires en 2020 a été peu étudié. Méthodes A partir des

données du système national des données de santé (SNDS) de la population française métropolitaine, ont été comparés, le nombre de personnes avec au moins une consultation, le nombre de consultations total et moyen par personne. Les analyses ont porté sur l'ensemble de l'année et sur les périodes de et hors confinements (17/03-10/05 puis 30/10-14/12 moins strict) et ont été stratifiées par âge, genre et pathologie. Résultats Au premier confinement, 26 % de la population a consulté au moins une fois un médecin généraliste (MG) (-34 % comparativement à 2019), 7,4 % un infirmier (-28 %), 1,6 % un kinésithérapeute (-80 %) et 5 % un dentiste (-95 %). Pour les spécialistes, le déficit variait entre -82 % pour les ophtalmologistes et -37 % pour les psychiatres. Il était moins important lors d'un recours important aux téléconsultations. Il n'était pas suivi d'un rebond. Au second confinement, le nombre de consultants était similaire à 2019, excepté pour les MG (-7 %), les pédiatres (-8 %) et les infirmiers (+39 %). Par rapport à l'année 2019, le déficit de personnes était compris entre -10 % et 0 %, excepté pour les infirmiers (+30 %). Le déficit en nombre de consultations était plus important pour les dentistes (-17 %) et les kinésithérapeutes (-14 %). Le nombre moyen de consultations par personne était légèrement inférieur pour les différentes spécialités et plus faible pour les infirmiers (15,1 versus 18,6). Les déficits annuels de consultations étaient plus ou moins importants selon la profession et les caractéristiques (enfants et adolescents MG -10 %, dentiste -13 %, kinésithérapeute -24 %). Ils s'amenuisaient en présence d'une maladie chronique et avec le vieillissement. L'excès de décès était de +9 % en 2020. Discussion/Conclusion La diminution des consultations en soins primaires en France était conséquente, surtout lors du premier confinement, avec des variations selon l'âge et la profession de santé. L'impact sur la morbi-mortalité doit être investigué.

2021

(2021). "Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux professionnels de santé en Pays de la Loire, entre mars 2020 et juin 2021." 16, fig., tabl.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_aout_EpidemioCovid19_5_R_eoursPS.pdf

Cette étude analyse l'évolution du recours des habitants des Pays-de-la-Loire aux professionnels de santé de ville (secteur libéral, centre de santé...) au cours des quinze premiers mois de l'épidémie de Covid-19 (de mi-mars 2020 à mi-juin 2021). L'évolution du recours est détaillée par département et selon certaines caractéristiques des habitants (classe d'âge, bénéficiaire ou non de la complémentaire santé solidaire, prise en charge ou non d'une affection de longue durée). Cette analyse a été réalisée à partir des données de remboursement de l'assurance maladie intégrées au Système national des données de santé (SNDS).

Davin-Casalena, B., Jardin, M., Guerrera, H., et al. (2021). "L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* 69(3) : 105-115.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.135>

Résumé Position du problème L'épidémie de Covid-19 du printemps 2020 a fortement affecté le système de soins. Le confinement et les risques d'exposition au coronavirus ont incité les patients à modifier leur recours aux soins. L'objectif était de partager un retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel de l'activité des médecins libéraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de l'évolution des remboursements de médicaments prescrits aux assurés du régime général pour le diabète, pour des troubles de la santé mentale et pour certains vaccins. Méthodes Les données ont été extraites à partir des bases régionales de l'Assurance maladie pour les années 2019 et 2020. Elles ont permis de construire des indicateurs en date de soins pour le régime général stricto sensu, calculés de façon hebdomadaire, à partir de la semaine 2. Résultats On constate une chute d'activité des médecins libéraux lors du confinement (-23 % pour les médecins généralistes ; -46 % pour les spécialistes), suivie d'un quasi retour à la normale par la suite. Dans le même temps, les téléconsultations ont connu un véritable essor : elles ont constitué 30 % des actes des médecins libéraux au plus fort de la crise. Le début du confinement a été marqué par un pic

d'approvisionnement en médicaments, tandis que la vaccination a fortement diminué (-39 % concernant le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole chez les enfants âgés de moins de 5 ans ; -54 % pour le vaccin contre les papillomavirus humains chez les filles âgées de 10-14 ans). Conclusion L'épidémie de COVID-19 risque d'entraîner d'autres conséquences sanitaires que celles directement imputables à la Covid-19 elle-même. Le renoncement aux soins pourrait causer des retards de soins fortement préjudiciables aux individus et à la collectivité. Ces questions inquiètent les autorités publiques, qui mettent en place des actions visant à inciter les patients à se soigner sans tarder. Mais la crise liée à la COVID-19 a aussi créé des opportunités, telles que le déploiement de la téléconsultation et de la télé-expertise. Bien que partiels, les indicateurs mis en œuvre peuvent permettre aux décideurs publics d'être réactifs et de mettre en place certaines actions afin de répondre aux besoins de santé des populations.

Desborough, J., Dykgraaf, S. H., Phillips, C., et al. (2021). "Lessons for the global primary care response to Covid-19: a rapid review of evidence from past epidemics." *Family Practice* **38**(6) : 811-825.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab142>

Covid-19 is the fifth and most significant infectious disease epidemic this century. Primary health care providers, which include those working in primary care and public health roles, have critical responsibilities in the management of health emergencies. To synthesize accounts of primary care lessons learnt from past epidemics and their relevance to COVID-19. We conducted a review of lessons learnt from previous infectious disease epidemics for primary care, and their relevance to Covid-19. We searched PubMed/MEDLINE, PROQUEST and Google Scholar, hand-searched reference lists of included studies, and included research identified through professional contacts. Of 173 publications identified, 31 publications describing experiences of four epidemics in 11 countries were included. Synthesis of findings identified six key lessons: (i) improve collaboration, communication and integration between public health and primary care; (ii) strengthen the primary health care system; (iii) provide consistent, coordinated and reliable information emanating from a trusted source; (iv) define the role of primary care during pandemics; (v) protect the primary care workforce and the community and (vi) evaluate the effectiveness of interventions. Evidence highlights distinct challenges to integrating and supporting primary care in response to infectious disease epidemics that have persisted over time, emerging again during Covid-19. These insights provide an opportunity for strengthening, and improved preparedness, that cannot be ignored in a world where the frequency, virility and global reach of infectious disease outbreaks are increasing. It is not too soon to plan for the next pandemic, which may already be on the horizon. Infectious disease epidemics are increasing in frequency and spread. Primary health care providers are at the forefront of community health care, and have an important role in managing health emergencies such as infectious disease epidemics. It is important to use lessons learnt from past epidemics to inform current health system responses. We examined evidence from past epidemics and identified six key lessons that have emerged in 11 countries during four previous epidemics and again during the COVID-19 pandemic. These lessons highlight the importance of integrating pandemic responses across health care disciplines, strengthening the primary health care system, defining the role of primary care during epidemics, protecting the health care workforce and the community, providing clear and consistent information and evaluating the effectiveness of health care responses. Health system weaknesses are exposed to health emergencies. Identification of these recurring lessons for primary health care provides an opportunity to definitively prepare for future infectious disease epidemics.

Fernández-Aguilar, C., Casado-Aranda, L.-A., Farrés Fernández, M., et al. (2021). "Has Covid-19 changed the workload for primary care physicians? The case of Spain." *Family Practice* **38**(6) : 780-785.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab028>

The Covid-19 pandemic has led to a massive over-exertion of doctors, multiplying their work intensity, overload and stress. Yet no studies have been conducted on the changes in primary care physician overload during the pandemic. To address this research gap, the aim of this article is to document the subjective dimensions of physicians' work during the peak of the pandemic for comparison with a pre-Covid-19 situation. In addition, the relationship between workload and the individual characteristics of the physician or the percentage of tele-assistance is examined. This study performs a subjective measurement procedure for the analysis of work overload through the NASA-TLX questionnaire, with

a total of 102 records from 16 doctors from a Primary Health Centers of the Granada-Metropolitan Health district (Andalusia, Spain). The results reflect a significantly higher workload during Covid-19 in relation to a previous situation (66.1% versus 48.6% before Covid-19). All the dimensions of the NASA-TLX test suffered an increase during the Covid-19, this increase being higher in the physical, temporal and frustration levels. Interestingly, the findings reflect the higher the percentage of telematic consultations, the lower workload. Work overload and the emotional state of health workers is one of the many repercussions of the Covid-19 pandemic. The results derived from this study may be useful in formulating policies and practices related to the workforce development, funding streams to prepare for the next wave of Covid-19 infections as well as for future public health emergencies.

Fournier, C., Michel, L., Morize, N., et al. (2021). "Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (260) : 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19-annexe.pdf>

Ce premier volet de l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo2) concentre le regard sur les reconfigurations de l'organisation des soins primaires durant la première vague de l'épidémie (mars à juin 2020), au sein de six territoires de France hexagonale aux caractéristiques contrastées. Cette enquête sociologique qualitative repose sur une étude de cas comparative, fondée sur une connaissance préalable des territoires investigués et sur des entretiens, menés entre mars et décembre 2020, auprès de membres d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires et de leurs partenaires dans la réponse à l'épidémie. La crise, en suspendant les routines de travail, agit comme un révélateur des territoires d'action des soins primaires faisant sens localement, qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels. Selon les contextes, l'épidémie suspend, active ou amplifie des coopérations pluriprofessionnelles et des coordinations intersectorielles préexistantes, plus qu'elle n'en crée de nouvelles. S'observent deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes. Dans cette première phase de l'épidémie, les dynamiques observées dépendent principalement de l'histoire des relations entre les acteurs sur les territoires, tandis que l'intensité de l'épidémie, la densité de l'offre de soins ou encore les caractéristiques socio-démographiques de la population ont des effets indirects et contrastés.

Gimenez, L., Dupouy, J., Ricordeau, P., et al. (2021). "Primary healthcare practitioners were in the front line to deal with Covid-19 and reorganize their practice to avoid inappropriate use of hospital services." La Presse Médicale Open 2: 100010-100010.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8195684/>

In front of the Covid-19 disease and the current global pandemic [1], [2], all health care professionals had to adapt their practice. In most developed countries, health care systems are hospital-centered. Many publications documented the impact of the pandemic on the hospitals. In France, GPs had to locally organize their network and many initiatives were observed to maintain the follow-up of patients. Saint-Lary et al. showed that of 5425 GPs, 70.9% changed their activity, 66.5% increased remote consultations and 42.7% created a specific pathway for probable patients with Covid-19. Among the GPs who changed their practice, 91.7% gave more answers by phone, 27.6% by email and 30.7% increased the use of video consultations.

Kumpunen, S., Webb, E., Permanand, G., et al. (2021). "Transformations in the landscape of primary health care during Covid-19: themes from the European region." Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.002>

The Covid-19 pandemic has dramatically impacted primary health care (PHC) across Europe. Since March 2020, the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) has documented country-level responses using a structured template distributed to country experts. We extracted all PHC-relevant data from the HSRM and iteratively developed an analysis framework examining the models of PHC

delivery employed by PHC providers in response to the pandemic, as well as the government enablers supporting these models. Despite the heterogeneous PHC structures and capacities across European countries, we identified three prevalent models of PHC delivery employed: (1) multi-disciplinary primary care teams coordinating with public health to deliver the emergency response and essential services; (2) PHC providers defining and identifying vulnerable populations for medical and social outreach; and (3) PHC providers employing digital solutions for remote triage, consultation, monitoring and prescriptions to avoid unnecessary contact. These were supported by government enablers such as increasing workforce numbers, managing demand through public-facing risk communications, and prioritising pandemic response efforts linked to vulnerable populations and digital solutions. We discuss the importance of PHC systems maintaining and building on these models of PHC delivery to strengthen preparedness for future outbreaks and better respond to the contemporary health challenges.

Schweyer, F. X., Fiquiet, L., Fleuret, S., et al. (2021). "Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales." *Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires (Rfst)* : epub. <https://journals.openedition.org/rfst/779>

Cet article propose une lecture territoriale de la pandémie de Covid-19 en analysant sa gestion par cinq équipes de soins primaires organisées en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dans deux régions, les Pays de la Loire et la Bretagne. A partir de l'exploitation de résultats intermédiaires d'un programme de recherche (Concert-MSP) qui étudie les formes et modalités de concertation pluri-professionnelle dans les MSP, l'analyse combine deux dimensions territoriales : les territoires de proximité dans lesquels des équipes de MSP se sont adaptées à la situation inédite et les territoires régionaux qui ont été les espaces du déploiement des mesures de sécurité sanitaire décidées par l'Etat. La première partie présente la diversité des contextes territoriaux (territoires à tendance rurale, rural intermédiaire ou à tendance urbaine) des 5 MSP étudiées qui ont des logiques variées de fonctionnement : maintien d'une offre de soins local, logique de fonctionnement centrée sur les professionnels ou logique populationnelle. La deuxième partie, centrée sur la gestion de la crise sanitaire en soins primaires, étudie le territoire régional comme espace d'application d'un plan national, avec deux approches différentes quant à la mobilisation des acteurs locaux et de l'élaboration de nécessaires compromis à passer localement pour assoir l'autorité de l'Etat, mais aussi comment les équipes ont mis en place de nouveaux modes d'organisation. La troisième partie analyse comment les équipes des MSP ont modifié leurs pratiques de soins et de coopération pour gérer la crise. Leur mobilisation a permis l'émergence ou le renforcement de réseaux d'entraide locaux, et a interrogé les territoires professionnels et la division symbolique du travail contribuant ainsi à donner de nouveaux rôles et à instaurer de nouvelles pratiques. Si l'existence d'un collectif de travail a été facilitant pour élaborer des réponses appropriées, le rôle central des médecins a, lui, été plutôt renforcé. L'élargissement des réseaux relationnels et l'interconnaissance entre acteurs des territoires pourraient compter parmi les acquis de la crise.

Quelques études internationales sur les soins primaires

2022

Adler-Milstein, J., Linden, A., Bernstein, S., et al. (2022). "Longitudinal participation in delivery and payment reform programs among US Primary Care Organizations." *Health Serv Res* **57**(1): 47-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13646>

Abstract Objective To assess longitudinal primary care organization participation patterns in large-scale reform programs and identify organizational characteristics associated with multiprogram participation. **Data Sources** Secondary data analysis of national program participation data over an eight-year period (2009-2016). **Study Design** We conducted a retrospective, observational study by creating a unique set of data linkages (including Medicare and Medicaid Meaningful Use and Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organization (MSSP ACO) participation from CMS, Patient-Centered Medical Home (PCMH) participation from the National Committee for Quality Assurance,

and organizational characteristics) to measure longitudinal participation and identify what types of organizations participate in one or more of these reform programs. We used multivariate models to identify organizational characteristics that differentiate those that participate in none, one, or two-to-three programs. Data Extraction Methods We used Medicare claims to identify organizations that delivered primary care services (n = 56,287) and then linked organizations to program participation data and characteristics. Principal Findings No program achieved more than 50% participation across the 56,287 organizations in a given year, and participation levels flattened or decreased in later years. 36% of organizations did not participate in any program over the eight-year study period; 50% participated in one; 13% in two; and 1% in all three. 14.31% of organizations participated in five or more years of Meaningful Use while 3.84% of organizations participated in five years of the MSSP ACO Program and 0.64% participated in at least five years of PCMH. Larger organizations, those with younger providers, those with more primary care providers, and those with larger Medicare patient panels were more likely to participate in more programs. Conclusions and Relevance Primary care transformation via use of voluntary programs, each with their own participation requirements and approach to incentives, has failed to broadly engage primary care organizations. Those that have chosen to participate in multiple programs are likely those already providing high-quality care.

Colombani, F., Encrenaz, G., Sibé, M., et al. (2022). "Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining scoping review of reviews and nominal group technique." *Health Policy* **126**(3): 245-261.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.003>

Background Because of the limits in conceptualisation of care coordination linked to a large array of care coordination models and definitions available, a care coordination framework is needed with a particular focus on the micro level. Objective To develop an evidence-based reference framework for person-centred care coordination interventions based on international validated definitions. Methods This two-step mixed-methods study included first, a scoping review of reviews focus on the impact of care coordination interventions and then, a nominal group technique. The scoping review aimed at identifying the components of the four dimensions of the framework (contexts, activities, actors and tools, and effects). The nominal group technique was to select the relevant components of the dimension 'activities' of the reference framework. Results The scoping review selected 52 articles from the 1407 retrieved at first. The nominal group selected the 66 most relevant activities from the 159 retrieved in the literature (28 activities of care organisation, 24 activities of care, and 14 activities of facilitation). Conclusion This operational framework focused on care coordination at the micro level, is a useful and innovative tool, applicable in any clinical condition, and in any health care system for describing, implementing and evaluating care coordination programmes.

Iversen, T. et Ma, C.-t. A. (2022). "Technology adoption by primary care physicians." *Health Economics* **31**(3): 443-465.
<https://doi.org/10.1002/hec.4447>

Abstract We study primary care physicians' prevention and monitoring technology adoption. Physicians' adoption decisions are based on benefits and costs, which depend on payment incentives, educational assistance, and market characteristics. The empirical study uses national Norwegian register and physician claims data between 2009 and 2014. In 2006, a new annual comprehensive checkup for Type 2 diabetic patients was introduced. A physician collects a fee for each checkup. In 2013, an education assistance program was introduced in two Norwegian counties. We estimate adoption decisions by fixed-effect regressions, and two-part and hazard models. We use a difference-in-difference model to estimate the education program impact. Fixed-effect estimations and separate analyses of physicians who have moved between municipalities support a peer effect. The education program has a strongly positive effect, which is positively associated with a physician's number of diabetic patients, and the fraction of physician-adopters in the same market.

Jun, D. et Scott, A. (2022). The impact of value-based payment reform on medical expenditures, fees and volume of services. Early evidence from a large-scale fee schedule reform in Australia. *Melbourne Institute Working Paper No. 4/22*. Victoria Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research: 34, tabl., graph.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4041496

Value-based payment reform helps ensure that payments from governments and insurers provide incentives to support the provision of high value healthcare. This research evaluates the early effects of the first major review of the Australian Medicare Benefits Schedule (MBS), the MBS Review, that subsidises medical services provided by general practitioners (GPs) and non-GP specialists in private practice. A key objective of the MBS Review was to increase the provision of value-based health care. We evaluate the overall impact of changes implemented in the first three and a half years of the review (2016 to 2019) on total medical expenditures, volume of services, and fees. We use data from 2,216 doctors who responded to the Medicine in Australia: Balancing Employment and Life (MABEL) panel survey and consented to have their MABEL data linked to MBS claims between 2011 and 2019. Between 2016 and June 2019, 8.5% of all unique MBS items had been changed by the Department of Health. Of the 488 items affected, 183 items (37.5%) were removed, 122 (25%) were added, and 183 were amended (37.5%). We use recently developed difference-in-difference methods accounting for staggered adoption and heterogeneous treatment effects. We find no statistically significant effects on medical expenditures, the volume of care, or average fees charged. The exception is for GPs, where we found evidence of a 10% increase in average fees that can be sourced to an increase in the fee for spirometry diagnosis in 2018 to encourage the provision of more appropriate care for respiratory diseases. The scale of the MBS Review was substantial, and the net overall effect was cost neutral. Further research needs to examine the longer-term effects of the MBS Review.

Marchildon, G. P., Brammli-Greenberg, S., Dayan, M., et al. (2021). "Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries." *Health Policy* **125**(12): 1507-1516.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.001>

Background Patient registration with a primary care providers supports continuity in the patient-provider relationship. This paper develops a framework for analysing the characteristics of patient registration across countries; applies this framework to a selection of countries; and identifies challenges and ongoing reform efforts. **Methods** 12 jurisdictions (Denmark, France, Germany, Ireland, Israel, Italy, Netherlands, Norway, Ontario [Canada], Sweden, Switzerland, United Kingdom) were selected for analysis. Information was collected by national researchers who reviewed relevant literature and policy documents to report on the establishment and evolution of patient registration, the requirements and benefits for patients, providers and payers, and its connection to primary care reforms. **Results** Patient registration emerged as part of major macro-level health reforms linked to the introduction of universal health coverage. Recent reforms introduced registration with the aim of improving quality through better coordination and efficiency through reductions in unnecessary referrals. Patient registration is mandatory only in three countries. Several countries achieve high levels of registration by using strong incentives for patients and physicians (capitation payments). **Conclusion** Patient registration means different things in different countries and policy-makers and researchers need to take into consideration: the history and characteristics of the registration system; the use of incentives for patients and providers; and the potential for more explicit use of patient-provider agreements as a policy to achieve more timely, appropriate, continuous and integrated care.

Miller-Rosales, C., Miake-Lye, I. M., Brewster, A. L., et al. (2022). "Pathways for primary care practice adoption of patient engagement strategies." *Health Serv Res*(Ahe): Ahead of pub.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13959>

Abstract Objective To identify potential orderings of primary care practice adoption of patient engagement strategies overall and separately for interpersonally and technologically oriented strategies. **Data Sources** We analyzed physician practice survey data (n = 71) on the adoption of 12 patient engagement strategies. **Study Design** Mokken scale analysis was used to assess latent traits among the patient engagement strategies. **Data Collection** Three groupings of patient engagement strategies were analyzed: (1) all 12 patient engagement strategies, (2) six interpersonally oriented strategies, and (3) six technologically oriented strategies. **Principal Findings** We did not find scalability among all 12 patient engagement strategies, however, separately analyzing the subgroups of six interpersonally and six technologically oriented strategies demonstrated scalability (Loevinger's H coefficient of scalability [range]: interpersonal strategies, H = 0.54 [0.49–0.60], technological

strategies, $H = 0.42$ [0.31, 0.54]). Ordered patterns emerged in the adoption of strategies for both interpersonal and technological types. Conclusions Common pathways of practice adoption of patient engagement strategies were identified. Implementing interpersonally intensive patient engagement strategies may require different physician practice capabilities than technological strategies. Rather than simultaneously adopting multiple patient engagement strategies, gradual and purposeful practice adoption may improve the impact of these strategies and support sustainability.

Neri, M., Cubi-Molla, P. et Cookson, G. (2022). "Approaches to Measure Efficiency in Primary Care: A Systematic Literature Review." *Applied Health Economics and Health Policy* **20**(1): 19-33.

<https://doi.org/10.1007/s40258-021-00669-x>

Primary care in England is facing increasing pressure due to the increasing number and complexity of consultations and the declining number of doctors per head of population. The improvement of primary care efficiency and productivity should be a priority, to ensure that future investments in the medical workforce can cope with the increasingly large and complex demand for care.

Smith, L. B. (2022). "The effect of nurse practitioner scope of practice laws on primary care delivery." *Health Economics* **31**(1): 21-41.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4438>

Abstract Nurse practitioners (NPs) are an increasingly integral part of the primary care workforce. NPs' authority to practice without physician oversight is regulated by state-level scope of practice (SOP) restrictions. To the extent that SOP restrictions prevent NPs from practicing to their full abilities and capacity, they could create inefficiencies and restrict access to health care. In this paper, I study what happens at primary care practices when states relax their SOP laws. Using a novel dataset of claims and electronic health records paired with a difference-in-differences research design, I quantify the effects of relaxing SOP laws on: (1) NPs' autonomy in their day-to-day jobs; (2) total workload and patient allocation between NPs and physicians; and (3) the provision of low-value services at primary care practices. I find some evidence that NPs practice more autonomously following SOP changes, but I find no evidence that relaxing SOP laws changes the volume nor allocation of patients to NPs, nor the provision of low-value services. Given the lower reimbursement that NPs typically receive, these findings suggest that allowing NPs to practice without physician oversight could reduce health care spending, without harming patients.

Zocher, K. (2022). *Exiting Primary Care Providers*. Leibniz Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft: 94.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:esprep:249683&r=&r=hea>

This article studies the impact of primary care providers (PCPs) exit from the local health care system on patients' health care utilization. In the empirical analysis, I compare patients whose physicians have left the local health care system at different points in time due to retirement, relocation, or other . Estimation results indicate that the imminent exit leads soon-leaving physicians to changing their treatment behavior, which has a significant impact on patients' health care spending. In addition, successors and new PCPs provide significantly more preventive services in the post-exit-period and refer patients more often to specialists for further examinations than the physicians of the control group. The increased inpatient expenditures in the post-exit period are caused by patients themselves (through outpatient department visits), by the new PCPs (through referrals), and presumably by specialists. Self-initiated substitution behavior of patients (e.g. less PCP care, more specialist care) after the exit is observed but is low in magnitude. Although an overall increase in provided and used services is observed for patients, mortality is significantly increased. A possible explanation is the low frequency follow-up care of patients who were referred to hospitals by their former PCP in the notification-period and have to discuss follow-up care with physicians unknown to them in the post-period.

2021

Adler-Milstein, J., Linden, A., Bernstein, S., et al. (2021). "Longitudinal participation in delivery and payment reform programs among US Primary Care Organizations." *Health Serv Res*(Ahead of pub).
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13646>

Abstract Objective To assess longitudinal primary care organization participation patterns in large-scale reform programs and identify organizational characteristics associated with multiprogram participation. **Data Sources** Secondary data analysis of national program participation data over an eight-year period (2009-2016). **Study Design** We conducted a retrospective, observational study by creating a unique set of data linkages (including Medicare and Medicaid Meaningful Use and Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organization (MSSP ACO) participation from CMS, Patient-Centered Medical Home (PCMH) participation from the National Committee for Quality Assurance, and organizational characteristics) to measure longitudinal participation and identify what types of organizations participate in one or more of these reform programs. We used multivariate models to identify organizational characteristics that differentiate those that participate in none, one, or two-to-three programs. **Data Extraction Methods** We used Medicare claims to identify organizations that delivered primary care services (n = 56,287) and then linked organizations to program participation data and characteristics. **Principal Findings** No program achieved more than 50% participation across the 56,287 organizations in a given year, and participation levels flattened or decreased in later years. 36% of organizations did not participate in any program over the eight-year study period; 50% participated in one; 13% in two; and 1% in all three. 14.31% of organizations participated in five or more years of Meaningful Use while 3.84% of organizations participated in five years of the MSSP ACO Program and 0.64% participated in at least five years of PCMH. Larger organizations, those with younger providers, those with more primary care providers, and those with larger Medicare patient panels were more likely to participate in more programs. **Conclusions and Relevance** Primary care transformation via use of voluntary programs, each with their own participation requirements and approach to incentives, has failed to broadly engage primary care organizations. Those that have chosen to participate in multiple programs are likely those already providing high-quality care.

Bischof, T. et Kaiser, B. (2021). "Who cares when you close down? The effects of primary care practice closures on patients." *Health Economics* **30**(9) : 2004-2025.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4287>

Abstract This paper investigates the consequences that patients face when their regular general practitioner (GP) closes down her practice, typically due to retirement. We estimate the causal impact of closures on patients' utilization patterns, healthcare expenditures, hospitalizations, mortality, and health plan choices. Employing a difference-in-difference framework, we find that patients who experience a discontinuity of care persistently adjust their ambulatory utilization pattern by shifting visits away from GPs (-12%) toward specialists (+11%) and hospital outpatient facilities (+6%). In contrast, we find no evidence on adverse health effects as measured by hospitalizations and mortality. The impact on utilization is heterogeneous along several dimensions. In particular, we find geographic disparities between regions with high and low availability of primary care. We also observe that patients with chronic conditions substitute more strongly toward other providers. Our results have potential implications for health policy in at least two dimensions: first, practice closures lead to more fragmented care which may entail inefficiencies, and second, closures deteriorate access to primary care in regions with low physician density.

Currie, J. et Zhang, J. (2021). Doing More with Less: Predicting Primary Care Provider Effectiveness. *NBER Working Paper Series* ;28929. Cambridge NBER: 48, fig., ann.
<https://www.nber.org/papers/w28929>

This paper uses data from 802,777 veterans assigned to 7,548 primary care providers (PCPs) within the Veterans Health Administration (VHA) to examine variations in the efficacy of primary care providers (PCPs), their consequences for health outcomes, and their determinants. Leveraging quasi-random assignment of veterans to PCPs, we measure PCP effectiveness along three dimensions: the probability their patients have subsequent hospitalizations or emergency department (ED) visits for mental health conditions, circulatory conditions, or a hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (ACSC). We find a significant range in these effectiveness measures across PCPs. For

example, a one standard deviation improvement in our measure of mental health effectiveness predicts a 0.21 percentage point (3.8%) lower risk of patient death over the next three years and 4.4% lower total costs. We also find moderate correlations between the three metrics, indicating that doctors who are effective at treating one type of condition also tend to be more effective in treating others. Our strongest conclusion is that more effective PCPs do more with less: Their patients have fewer primary care visits, referrals to specialists, lab panels or imaging tests. Effective PCPs are slightly more likely to comply with guidelines for mental health screenings, and slightly less likely to comply with guidelines for physical health screenings, but these differences in screening propensities are negligible in magnitude.

Fondation Roi Baudouin (2021). Santé mentale dans la première ligne: exemples internationaux. Bruxelles Fondation Roi Baudouin : 88.

https://media.kbs-frb.be/fr/media/8947/2021_PUB_3784_SM_1L

La première ligne de soins constitue le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec les systèmes d'aide et de soins. Dans cette optique, la première ligne joue un rôle important dans la promotion de la santé, la prévention, la détection, les traitements et, plus largement, le maintien des personnes avec des problèmes psychiques dans la société. L'objectif de cette étude est de s'inspirer d'exemples internationaux pour améliorer la manière dont la première ligne peut collaborer avec les soins de santé mentale et les autres secteurs pour traiter les problèmes de santé mentale.

Fraher, E. P., Cummings, A. et Neutze, D. (2021). "The Evolving Role of Medical Assistants in Primary Care Practice: Divergent and Concordant Perspectives from MAs and Family Physicians." Medical Care Research and Review **78**(1_suppl) : 75-175.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720966148>

Medical assistants (MAs) are a flexible and low-cost resource for primary care practices and their roles are swiftly transforming. We surveyed MAs and family physicians in primary care practices in North Carolina to assess concordance in their perspectives about MA roles, training, and confidence in performing activities related to visit planning; direct patient care; documentation; patient education, coaching or counseling; quality improvement; population health and communication. For most activities, we did not find evidence of role confusion between MAs and physicians, physician resistance to delegate tasks to properly trained MAs, or MA reluctance to pursue training to take on new roles. Three areas emerged where the gap between the potential and actual implementation of MA role transformation could be narrowed—population health and panel management; patient education, coaching, and counseling; and scribing. Closing these gaps will become increasingly important as our health care system moves toward value-based models of care.

Freeman, T., Baum, F., Javanparast, S., et al. (2021). "Challenges facing primary health care in federated government systems: Implementation of Primary Health Networks in Australian states and territories." Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.002>

In many federated countries, there is divided health system responsibility that can affect primary health care (PHC) policy and implementation, and complicate collaboration between PHC actors. We examined an Australian policy initiative, Primary Health Networks (PHNs), which are regional PHC organisations, to examine how they collaborated with state and territory PHC actors, and what factors enhanced or constrained collaboration. For PHNs we surveyed 66 staff, interviewed 82 staff, examined board membership, and analysed documents from all 31 PHNs. We also interviewed 11 state and 5 federal health bureaucrats. We mapped the PHC system in each state, and conducted team thematic analysis of the qualitative data collected. We found variation in how well PHNs collaborated with state and territory actors, ranging from poor relationships through to strong cooperation and co-commissioning. This was affected by factors to do with the state health department, geography, PHN funding and regulations, ambiguities in the federal/state divided responsibilities for PHC, and the extent of use of collaboration mechanisms and strategies. Resourcing and supporting such collaboration mechanisms, and increasing regional funding flexibility of funding would increase the

potential for regional organisations to successfully navigate ambiguities in responsibility and foster a more integrated, cohesive PHC system.

Hald, A. N., Bech, M. et Burau, V. (2021). "Conditions for successful interprofessional collaboration in integrated care – Lessons from a primary care setting in Denmark." *Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.007>

Introduction Increasing demand for interprofessional collaboration in health care settings has led to a greater focus on how conditions influence the success of interprofessional collaboration, but little is known about the magnitude of the interactions between different conditions. This paper aims to examine the relationships of intervention conditions and context conditions at the professional and organisational level and examine how they influence the staff's perceived success of the interprofessional collaboration. **Methods** The study was conducted as a multilevel cross-sectional survey in March of 2019 in the second largest municipality in Denmark, Aarhus. The study population was all frontline-staff members and managers in nursing homes, home care units and health care units. The final sample consisted of 498 staff members and 27 managers. Confirmatory path analysis was used to analyse the data. **Results** The results indicate that context conditions greatly influence intervention conditions at the professional and organisational level and that the professional and organisational levels moderately co-variate. Professional level context conditions have the biggest influence on staff's perceived success, partly because its influence is confounded by intervention conditions. **Conclusion** Practice and research in health care settings should re-focus their attention from a broad understanding of context as unchangeable and inconsequential, to understanding context as an important condition type for interprofessional collaboration that needs to be further understood and researched.

Khedmati Morasae, E., Rose, T. C., Gabbay, M., et al. (2021). "Evaluating the Effectiveness of a Local Primary Care Incentive Scheme: A Difference-in-Differences Study." *Medical Care Research and Review*(Ahead of print).
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211035280>

National financial incentive schemes for improving the quality of primary care have come under criticism in the United Kingdom, leading to calls for localized alternatives. This study investigated whether a local general practice incentive-based quality improvement scheme launched in 2011 in a city in the North West of England was associated with a reduction in all-cause emergency hospital admissions. Difference-in-differences analysis was used to compare the change in emergency admission rates in the intervention city, to the change in a matched comparison population. Emergency admissions rates fell by 19 per 1,000 people in the years following the intervention (95% confidence interval [17, 21]) in the intervention city, relative to the comparison population. This effect was greater among more disadvantaged populations, narrowing socioeconomic inequalities in emergency admissions. The findings suggest that similar approaches could be an effective component of strategies to reduce unplanned hospital admissions elsewhere.

Marchildon, G. P., Brammli-Greenberg, S., Dayan, M., et al. (2021). "Achieving Higher Performing Primary Care Through Patient Registration: A Review of Twelve High-Income Countries." *Health Policy En ligne* : En ligne.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021002232?via%3Dihub>

Patient registration with a primary care providers supports continuity in the patient-provider relationship. This paper develops a framework for analysing the characteristics of patient registration across countries; applies this framework to a selection of countries; and identifies challenges and ongoing reform efforts.

OCDE (2021). *Health at a glance 2021*. Paris OCDE: 274.
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Le Panorama de la santé fournit « un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes ». Ils portent notamment sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. En sus d'une analyse

par indicateur, l'OCDE propose également un chapitre de synthèse comparatif, qui fait le point sur les performances et les grandes tendances des pays membres. Cette nouvelle édition se focalise principalement sur les conséquences de la crise sanitaire dans les pays de l'OCDE et notamment sur ses effets négatifs sur l'accès et la qualité des soins, et les difficultés grandissantes liées aux troubles mentaux.

Union Européenne (2021). State of health in the European Union: Companion Report 2021. Luxembourg Publications Office of the European Union: 65, tab., graph., fig.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/state-of-health-in-the-eu-companion-report-2021>

The 2021 Country Health Profiles are published as part of the State of Health in the European Union collaboration between the European Observatory, the OECD and the European Commission. These concise and policy-relevant Profiles cover the 27 EU Member State as well as Iceland and Norway. The 2021 editions focus on the impact of the Covid-19 pandemic and how countries' health systems responded to various resilience challenges related to mitigation measures, response capacity and governance. The European Commission's 2021 Companion Report draws four key conclusions based on the findings of the Country Health Profiles prepared in the context of the State of Health in the EU.

2020

Acker, D. (2020). "L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1) : 313-323.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-313.htm>

À l'heure où les défis s'accumulent, en France, pour répondre aux besoins de santé (inégalités d'accès aux soins, déserts médicaux, engorgement des urgences hospitalières, prise en charge des maladies chroniques, pour n'en citer que quelques-uns), il nous a semblé intéressant de rappeler comment s'organisent les pays nordiques en matière de soins primaires et d'évaluer les enseignements que la France pourrait en tirer. Même si les pays nordiques ont de nombreux points communs, il existe des différences sensibles entre eux. Nous traiterons principalement de la Suède qui consacrait en 2018 environ la même part de son PIB aux dépenses de santé (11 %) que la France (11,2 %), les autres pays nordiques se situant légèrement en dessous (Danemark 10,5 %, Norvège 10,2 % et Finlande 9,1 %).

Bras, P. L. (2020). "La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(64) : 61-77.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-61.htm>

Les évaluations internationales des programmes de paiement à la performance en médecine ambulatoire notamment celles du plus ambitieux d'entre eux, le programme anglais, aboutissent à un bilan pour le moins mitigé qui suggère qu'il est vain d'en attendre de réels bénéfices cliniques pour les patients. La France a mis en œuvre un tel programme vers la fin des années 2000. Il n'a pas fait l'objet de réelles évaluations mais les limites même de son design (faiblesse du montant des incitations, spectre d'indicateur limité, absence d'indicateurs de résultats, limites structurelles aux efforts que pourraient consentir les généralistes concernés du fait d'un exercice isolé...) ne laissent pas espérer qu'il puisse générer des progrès significatifs en termes de qualité des soins. Pour autant, le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue en France auprès des pouvoirs publics qui s'explique moins par son efficacité clinique que par le bénéfice symbolique apporté à certains acteurs par la promotion de cet instrument.

Brunn, M. (2020). "Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1) : 215-236.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-215.htm>

En France, au cours des deux dernières décennies, nous observons un renforcement de l'État et de l'Assurance maladie dans l'organisation du système de soins à travers le pilotage et le contrôle des politiques publiques. Dans une tradition analytique qui articule le rôle de l'État régulateur avec celui

du corporatisme médical, cet article compare l'introduction du disease management et du paiement à la performance dans le secteur ambulatoire en France et en Allemagne. Il considère ces outils comme des instruments d'action publique. L'hypothèse défendue ici est que la fragmentation interne de la représentation médicale explique en partie l'introduction de ces réformes ; on présume par ailleurs que ces réformes, qui sont de fait imposées, y contribuent. Il s'agit donc de processus interdépendants qui se renforcent au fil du temps, accentués par la nature conflictuelle de la relation entre médecins et État. Les contreparties financières pour les médecins, qui ont pesé de manière significative dans les arbitrages, représentent vraisemblablement un avantage surtout à court terme en échange de concessions qui se manifestent surtout à long terme.

Brunt, C. S., Hendrickson, J. R. et Bowblis, J. R. (2020). "Primary care competition and quality of care: Empirical evidence from Medicare." *Health Economics*(Ahead of pub).
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4119>

In this paper, we explore the effects of primary care physician (PCP) practice competition on five distinct quality metrics directly tied to screening, follow-up care, and prescribing behavior under Medicare Part B and D. Controlling for physician, practice, and area characteristics as well as zip code fixed effects, we find strong evidence that PCP practices in more concentrated areas provide lower quality of care. More specifically, PCPs in more concentrated areas are less likely to perform screening and follow-up care for high blood pressure, unhealthy bodyweight, and tobacco use. They are also less likely to document current medications. Furthermore, PCPs in more concentrated areas have a higher amount of opioid prescriptions as a fraction of total prescriptions.

Dimitrovová, K., Perelman, J. et Serrano-Alarcón, M. (2020). "Effect of a national primary care reform on avoidable hospital admissions (2000–2015): A difference-in-difference analysis." *Social Science & Medicine* **252**: 112908.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620301271>

In 2006 a major primary care reform was initiated in Portugal. The most significant aspect of this reform was the creation of a new organizational model of primary care provision: Family Health Units (FHUs), consisting of small voluntarily constituted multidisciplinary teams that have functional autonomy and are partly financed through capitation and pay-for-performance. The creation of FHUs sought to increase access to care and to chronic disease management by improving the long-term relationship between health professionals and patients. The objectives of this study are to evaluate the impact of the FHUs implementation on population health outcomes, measured by the rate of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (ACSC), i.e. avoidable hospital inpatient admissions, and to explore the effectiveness of the pay-for-performance in primary care by analysing the subset of disease specific hospitalizations for ACSC related to the financial incentives. Using data from 276 Portuguese municipalities from 2000 to 2015 (n = 4416) and exploiting the gradual introduction of the FHUs over time, we used a difference-in-differences approach contrasting the evolution of the hospitalization rate for ACSC in municipalities that implemented or not the FHUs. We then explored heterogeneous effects by incentivized (diabetes and hypertension) and non-incentivized disease-specific rates of hospitalizations for ACSC. During the period under analysis, 448 FHUs were created in 126 municipalities. No significant impact of the FHUs implementation on the reduction of the hospitalization rate for ACSC was found. This result also held for the incentivized hospitalizations for ACSC. We only found a statistically significant effect of the FHUs implementation in the reduction of one non-incentivized area (the rate of urinary tract infection ACSC). Our results question the capacity of this payment mechanism to achieve better health outcomes, and invites a more careful and evidence-based action toward its wider diffusion.

Doty, M. M., Tikkanen, R. S., FitzGerald, M., et al. (2020). "Income-Related Inequality In Affordability And Access To Primary Care In Eleven High-Income Countries." *Health Aff (Millwood)* : 101377hlthaff202001566.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33296228>

A high-performing health care system strives to achieve universal access, affordability, high-quality care, and equity, aiming to reduce inequality in outcomes and access. Using data from the 2020 Commonwealth Fund International Health Policy Survey, we report on health status, socioeconomic

risk factors, affordability, and access to primary care among US adults compared with ten other high-income countries. We highlight health experiences among lower-income adults and compare income-related disparities between lower- and higher-income adults across countries. Results indicate that among adults with lower incomes, those in the US fare relatively worse on affordability and access to primary care than those in other countries, and income-related disparities across domains are relatively greater throughout. The presence of these disparities should strengthen the resolve to find solutions to eliminate income-related inequality in affordability and primary care access.

Espinosa-González, A. B., Delaney, B. C., Marti, J., et al. (2020). "The role of the state in financing and regulating primary care in Europe: a taxonomy." *Health Policy*(Ahead of pub).
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.008>

Traditional health systems typologies were based on health system financing type, such as the well-known OECD typology. However, the number of dimensions captured in classifications increased to reflect health systems complexity. The study aims to develop a taxonomy of primary care (PC) systems based on the actors involved (state, societal and private) and mechanisms used in governance, financing and regulation, which conceptually represents the degree of decentralisation of functions. We use nonlinear canonical correlations analysis and agglomerative hierarchical clustering on data obtained from the European Observatory on Health Systems and Policy and informants from 24 WHO European Region countries. We obtain four clusters: 1) Bosnia Herzegovina, Czech Republic, Germany, Slovakia and Switzerland: corporatist and/or fragmented, with state involvement in regulation of supply, without gatekeeping; 2) Greece, Ireland, Israel, Malta, Sweden, and Ukraine: public and (re)centralised financing and regulation with private involvement, without gatekeeping; 3) Finland, Norway, Spain and United Kingdom: public financing and devolved regulation and organisation, with gatekeeping; and 4) Bulgaria, Croatia, France, North Macedonia, Poland, Romania, Serbia, Slovenia and Turkey: public and deconcentrated with professional involvement in regulation, and gatekeeping. This taxonomy can serve as a framework for performance comparisons and a means to analyse the effect that different actors and levels of devolution or fragmentation of PC delivery may have in health outcomes.

Ferreira, P. L., Raposo, V. et Tavares, A. I. (2020). "Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics." *International Journal for Quality in Health Care* **32**(2) : 93-98.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz134>

To determine the factors that explain the levels of patient satisfaction and the role of geographical characteristics. Questionnaires to patients of Primary Health Care (PHC) units in Portugal Mainland distributed to each unit according to their size; codes were distributed to guarantee single responses; the questionnaire was anonymous and confidential. Primary Health Care units in Portugal Mainland. Primary health care patients. None. Overall patient satisfaction. The main results indicate that the most significant dimension explaining overall patient satisfaction index is the satisfaction regarding general practitioner (GP) care, and the two other most significant explanatory variables of satisfaction are to be enrolled in a GP list and education. The bigger is the size of a PHC unit the lower is satisfaction. In rural areas, the level of satisfaction is higher than in urban areas. Comparing to the Lisbon metropolitan area, all other regions show a higher satisfaction in access dimension. These results contribute to the creation of strategic information relevant to the evaluation of the various models of Primary Health Care, to the commissioning and definition of health policies.

Groenewegen, P. P., Bosmans, M. W. G., Boerma, W. G. W., et al. (2020). "The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011." *European Journal of Public Health* **30**(Supplement_4) : iv12-iv17.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa125>

Rural areas have problems in attracting and retaining primary care workforce. This might have consequences for the existing workforce. We studied whether general practitioners (GPs) in rural practices differ by age, sex, practice population and workload from those in less rural locations and whether their practices differ in resources and service profiles. We used data from 2 studies: QUALICOPC study collected data from 34 countries, including 7183 GPs in 2011, and Profiles of

General Practice in Europe study collected data from 32 countries among 7895 GPs in 1993. Data were analyzed using multilevel analysis. Results show that the share of female GPs has increased in rural areas but is still lower than in urban areas. In rural areas, GPs work more hours and provide more medical procedures to their patients. Apart from these differences between locations, overall ageing of the GP population is evident. Higher workload in rural areas may be related to increased demand for care. Rural practices seem to cope by offering a broad range of services, such as medical procedures. Dedicated human resource policies for rural areas are required with a view to an ageing GP population, to the individual preferences and needs of the GPs, and to decreasing attractiveness of rural areas.

Harvey, J. B., Vanderbrink, J., Mahmud, Y., et al. (2020). "Understanding how health systems facilitate primary care redesign." *Health Serv Res* 55(S3) : 1144-1154.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13576>

Abstract Objective To understand how health systems are facilitating primary care redesign (PCR), examine the PCR initiatives taking place within systems, and identify barriers to this work. **Study Setting** A purposive sample of 24 health systems in 4 states. **Study Design** Data were systematically reviewed to identify how system leaders define and implement initiatives to redesign primary care delivery and identify challenges. Researchers applied codes which were based on the theoretical PCR literature and created new codes to capture emerging themes. Investigators analyzed coded data then produced and applied a thematic analysis to examine how health systems facilitate PCR. **Data Collection** Semi-structured telephone interviews with 162 system executives and physician organization leaders from 24 systems. **Principal Findings** Leaders at all 24 health systems described initiatives to redesign the delivery of primary care, but many were in the early stages. Respondents described the use of centralized health system resources to facilitate PCR initiatives, such as regionalized care coordinators, and integrated electronic health records. Team-based care, population management, and care coordination were the most commonly described initiatives to transform primary care delivery. Respondents most often cited improving efficiency and enhancing clinician job satisfaction, as motivating factors for team-based care. Changes in payment and risk assumption as well as community needs were commonly cited motivators for population health management and care coordination. Return on investment and the slower than anticipated rate in moving from fee-for-service to value-based payment were noted by multiple respondents as challenges health systems face in redesigning primary care. **Conclusions** Given their expanding role in health care and the potential to leverage resources, health systems are promising entities to promote the advancement of PCR. Systems demonstrate interest and engagement in this work but face significant challenges in getting to scale until payment models are in alignment with these efforts.

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

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/organiser-medecine-specialisee-second-recours-une-piece-essentielle-de-transformation>

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans l'architecture future du système de soins ». Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017 qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à

mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis est complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes.

Hong, M., Thind, A., Zaric, G. S., et al. (2020). "The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review." *Health Policy*(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.015>

Access to after-hours primary care is problematic in many developed countries, leading patients to instead visit the emergency department for non-urgent conditions. However, emergency department utilization for conditions treatable in primary care settings may contribute to emergency department overcrowding and increased health system costs. This systematic review examines the impact of various initiatives by developed countries to improve access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization. We performed a systematic review on the impact of improved access to after-hours primary and searched CINAHL, EMBASE, MEDLINE, and Scopus. We identified 20 studies that examined the impact of improved access to after-hours primary care on ED utilization and 6 studies that examined the impact on primary care utilization. Improved access to after-hours primary care was associated with increased primary care utilization, but had a mixed effect on emergency department utilization, with limited evidence of a reduction in non-urgent and semi-urgent emergency department visits. Although our review suggests that improved access to after-hours primary care may limit emergency department utilization by shifting patient care from the emergency department back to primary care, rigorous research in a given institutional context is required before introducing any initiative to improve access to after-hours primary care.

Medevielle, P. (2020). La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 40.

<http://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide. Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en oeuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre. Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en oeuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

OMS (2020). WHO European Centre for Primary Health Care: annual report of activities 2019. Copenhagen Bureau régional de l'Europe de l'OMS : 45.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2020/who-european-centre-for-primary-health-care-annual-report-2019>

In 2019, the WHO European Centre for Primary Health Care worked closely with the WHO Regional Office for Europe, other programmes, partners and, most importantly, the countries, to advance primary health care work along three pillars — direct country support, analysis and policy development and knowledge management. This report details all the activities in 2019 according to the three pillars of work and provides insight into the Centre's new strategic direction for the future.

Peikes, D., Taylor, E. F., O'Malley, A. S., et al. (2020). "The Changing Landscape Of Primary Care: Effects Of The ACA And Other Efforts Over The Past Decade." *Health Affairs* **39**(3) : 421-428.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01430>

Providing high-quality primary care is key to improving health care in the United States. The Affordable Care Act sharpened the emerging focus on primary care as a critical lever to use in improving health care delivery, lowering costs, and improving the quality of care. We describe primary care delivery system reform models that were developed and tested over the past decade by the Center for Medicare and Medicaid Innovation, which was created by the Affordable Care Act, and reflect on key lessons and remaining challenges. Considerable progress has been made in understanding how to implement and support different approaches to improving primary care delivery in that decade, though evaluations showed little progress in spending or quality outcomes. This may be because none of the models was able to test substantial increases in primary care payment or strong incentives for other providers to coordinate with primary care to reduce costs and improve quality.

Rechel, B. (2020). How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. *Policy brief ; 34*. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 26, fig., tabl.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553739/pdf/Bookshelf_NBK553739.pdf

This policy brief explores how primary care and public health can be brought together to improve the health of patients and populations. It describes the types of initiatives that have been undertaken; provides examples of such initiatives in Europe and beyond; and summarizes the factors that can help to enhance or hinder the integration of primary care and public health. The policy brief argues that there is a large overlap of activities between public health and primary care. In most European countries primary care performs some public health functions, while public health can help to make the provision of primary care more effective. The policy brief identifies organizational models of primary care that are conducive to integration with public health and describes the key systemic, organizational and interactional factors that can facilitate integration between the two domains.

Senn, N., Breton, M., Ebert, S. T., et al. (2020). "Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework." *Health Policy* (Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.004>

Background and objectives Many frameworks describing primary care (PC) organization exist. This study proposes a consolidated framework based on the synthesis of published frameworks for the assessment of primary care organization and performance. **Approach** We conducted a review of the literature to identify relevant existing frameworks that aimed to describe PC organization or/and monitor its activities. First, we extracted all domains from the frameworks and then hierarchically organized them into domains, dimensions and elements. Second, we mapped key domains. Third, we grouped together domains covering the same field to build a consolidated framework. Finally, the consolidated framework was assessed by 10 international experts in PC evaluation using a survey. **Results** We retained seven frameworks. The consolidated framework comprises four domains: 1) population needs; 2) organization and structure of PC practices; 3) delivery of PC services and 4) patient and population health outcomes. We added five connecting constructs to the framework in order to link the domains: accessibility, appropriateness, productivity, efficiency, effectiveness, equity and integration. None of the previously published frameworks encompassed all domains, dimensions and elements of the new consolidated framework. **Conclusion** We propose a consolidated framework of PC organization based on the synthesis of seven published frameworks. This unitary framework may provide a foundation for comparative assessment across various contexts to support researchers and policy makers.

2019

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

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

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

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

Health Consumer PowerHouse (2019). Euro Health consumer index 2018. Danderyd Health Consumer Powerhouse : 90, tabl., fig.

<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-index-matrix-A3-sheet.pdf>

The EHCI, started in 2005, is the leading comparison for assessing the performance of national healthcare systems in 35 countries. The EHCI analyses national healthcare on 46 indicators, looking into areas such as Patient Rights and Information, Access to Care, Treatment Outcomes, Range and Reach of Services, Prevention and use of Pharmaceuticals.

Lupianez-Villanueva, F., Folkvord, F., Fauli, C., et al. (2019). Benchmarking deployment of eHealth among general practitioners (2018) : final report. Bruxelles Office des publications de la Communauté européenne : 124.

https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d1286ce7-5c05-11e9-9c52-01aa75ed71a1/language-en#p_portal2012SimilarDocuments_WAR_portal2012portlet_INSTANCE_fJ5YVzU8qEIG

DG Connect commissioned Rand Europe, Open Evidence and BDI Research to undertake the third eHealth benchmarking study, which measured the availability and use of eHealth by general practitioners (GPs) in 27 EU member states, and compared the results to those of the second eHealth benchmarking study (2013). A random sample of 5,793 GPs was surveyed, and univariate and multivariate statistical analyses were conducted to analyse the collected data. The analyses showed that, overall, eHealth adoption in primary healthcare in the 27 EU member states has increased from 2013 to 2018, but that there are differences among the countries surveyed. In countries with the highest level of adoption (Denmark, Estonia, Finland, Spain, Sweden and the United Kingdom), the use of eHealth is routine among GPs, while in countries with the lowest level of adoption (Greece, Lithuania, Luxembourg, Malta, Romania and Slovakia), eHealth is currently not widespread. Electronic health records are widely available across all countries; health information exchange adoption is lower than electronic health record adoption; Telehealth adoption shows progress, but its availability and use are still low in most countries; and personal health record adoption is, overall, low

Pinchbeck, E. W. (2019). "Convenient primary care and emergency hospital utilisation." *Journal of Health Economics* 68 : 102242.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629618311342>

Participation and utilisation decisions lie at the heart of many public policy questions. I contribute new evidence by using hospital records to examine how access to primary care services affects utilisation of hospital Emergency Departments in England. Using a natural experiment in the roll out of services, I first show that access to primary care reduces Emergency Department visits. Additional strategies then allow me to separate descriptively four aspects of primary care access: proximity, opening hours, need to make an appointment, and eligibility. Convenience-oriented services divert three times as many patients from emergency visits, largely because patients can attend without appointments.

2018

Arifkhanova, A. (2018). The Impact of Nurse Practitioner Scope-of-Practice Regulations in Primary Care. Dissertations. Santa Monica Rand Corporation: xvii+220, tabl., fig.
www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/RGSD396.html

The costs of primary care have been rising and access to it may become limited because of a possible shortage in primary care physicians. Some state governments have addressed this issue by allowing Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) to serve the population without the supervision of physicians. About half of the states permit nurse practitioners (NPs) to practice and/or prescribe drugs without physician supervision or collaboration. NPs in primary care charge lower prices than physicians and provide satisfactory quality of care, supported by existent literature. Moreover, increasing the number of NPs could alleviate access problems from a low supply of physicians. NP scope-of-practice (SOP) regulations have been changing in many states. The dissertation focuses on access to health care and addresses three research questions: what is the impact of NP SOP regulations on NP employment, access to primary health care in areas characterized by a relatively low supply of primary care physicians, and how does the Center for Medicaid and Medicare Innovation's Comprehensive Primary Care Initiative affect the use of NPs given state SOP regulations?

Brekke, K. R., Holmas, T. H. et Monstad, K. (2018). How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service. Nipe Wp 09/ 2018. Braga Nipe : 28, tabl., fig. + annexes.
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/706624>

We analyse the effects of two different types of physician remuneration - fee-for-service and fixed salary - on the treatment decisions of general practitioners (GPs) and on patients' health outcomes. Using rich Norwegian register data during the period 2009-2013, we focus on GP locums working in a succession of temporary positions, which allows us to observe the same GPs working under different remuneration schemes within a relatively short period of time. We find that GPs respond strongly and consistently to changes in remuneration type. Compared with fixed salary, GP payment by fee-for-service leads to an increase in the supply of consultations and a higher provision of medical services (along several dimensions) per consultation. This has also significant implications for patients' health outcomes. The probability of experiencing an emergency admission to hospital shortly after a GP consultation is close to 20 percent lower if the GP is paid by fee-for-service instead of fixed salary. Overall, our analysis suggests that fixed-salary remuneration leads to underprovision of primary care.

Chojnicki, X. et Moullan, Y. (2018). "Is there a 'pig cycle' in the labour supply of doctors? How training and immigration policies respond to physician shortages." Social Science & Medicine **200** : 227-237.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618300431>

Many OECD countries are faced with the considerable challenge of a physician shortage. This paper investigates the strategies that OECD governments adopt and determines whether these policies effectively address these medical shortages. Due to the amount of time medical training requires, it takes longer for an expansion in medical school capacity to have an effect than the recruitment of foreign-trained physicians.

Communauté Européenne (2018). A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies. Luxembourg Publications Office of the European Union : 151, tabl.
https://ec.europa.eu/health/publications/new-drive-primary-care-europe-rethinking-assessment-tools-and-methodologies_en

Ce rapport se penche sur les outils utilisés pour évaluer la performance des soins de santé primaires. Il explore les indicateurs, les méthodologies et l'assurance qualité tout en cherchant à comprendre l'impact de l'évaluation des performances. Il constate que les systèmes d'évaluation européens varient et propose sept recommandations pour intégrer l'évaluation de la performance dans les processus politiques.

Communauté Européenne (2018). Tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg Publications Office of the European Union : 68, tabl.

https://www.researchgate.net/publication/327136797_EXPH_Tools_and_methodologies_for_assessing_the_performance_of_primary_care

Ce rapport produit par un groupe d'experts mandaté par l'Union européenne discute des outils et des méthodes d'évaluation de la performance en contexte de soins de santé primaires. Il identifie 10 principaux domaines organisationnels, ce qui inclut la coordination et l'intégration des soins, et propose des indicateurs qui pourraient être utilisés à des fins de comparaison. Les étapes requises pour la mise en place d'un système d'évaluation de la performance sont explorées, de même que les expériences récentes de pays européens.

Friedberg, M., Chen, P. G., Simmons, M., et al. (2018). Effects of Health Care Payment Models on Physician Practice in the United States: Follow-Up Study. Santa Monica The Rand: 2 vol. (97 +41), tab., graph., fig.

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2667.html

This report, sponsored by the American Medical Association (AMA), describes how alternative payment models (APMs) affect physicians, physicians' practices, and hospital systems in the United States and also provides updated data to the original 2014 study. Payment models discussed are core payment (fee for service, capitation, episode-based and bundled), supplementary payment (shared savings, pay for performance, retainer-based), and combined payment (medical homes and accountable care organizations). The effects of changes since 2014 in the Affordable Care Act (ACA) and of new alternative payment models (APMs), such as the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) Quality Payment Program (QPP), are also examined. This project uses the same qualitative multiple-case study method as the 2014 study, relying primarily on semistructured interviews with physician practice leaders, physicians, and other observers. Findings describe the challenges posed by APMs, strategies adopted to deal with APMs, the effects of rapidly changing and increasingly complex payment models, and how risk aversion influences physician practices' decisions to engage in new payment models. Project findings are intended to help guide efforts by the AMA and other stakeholders to improve current and future APMs and help physician practices succeed in them.

GAO (2018). Medicare: Voluntary and Mandatory Episode-Based Payment Models and Their Participants. Washington GAO : 44.

<https://www.gao.gov/products/GAO-19-156>

Can Medicare save money and improve health care quality—just by changing the way it pays? To find out, Medicare is testing alternatives to the way it pays the hospitals and physicians who provide health care services. We reviewed tests of models that pay per "health care episode," such as a hospitalization for surgery. We found advantages to using either voluntary or mandatory participants in these tests. Volunteers are motivated to do well, which can help Medicare determine whether a novel payment approach could work. Mandatory participation, however, allows Medicare to test with a more diverse group of participants.

Laurant, M., Van Der Biezen, M., Wijers, N., et al. (2018). "Nurses as substitutes for doctors in primary care." Cochrane Database of Systematic Review(7) : 82.

The aim of this review was to investigate the impact of nurses working as substitutes for primary care doctors. It searched for studies that compared nurses to doctors for delivery of primary care services. We looked at whether this made any difference in patients' health, satisfaction, and use of services. We also looked at whether this made any difference in how services were delivered and in how much they cost.

Lorenzoni, L., Murtin, F., Springare, S., et al. (2018). Which policies increase value for money in health care? OECD Health Working Papers; 104. Paris OCDE : 70,fig., tabl.

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/which-policies-increase-value-for-money-in-health-care_a46c5b1f-en

The incentive structures produced by different institutional arrangements in health systems are important determinants of their performance, and can explain some of the differences in cross-country performance patterns. This paper proposes an approach and quantitative method to investigate how different policies and institutions helped achieving better value for money across 26 OECD countries for the period of 2000-2015. To this aim, it uses a panel of health system characteristics indicators - derived from questionnaires sent to countries by OECD in 2008, 2012 and 2016 - that describes primarily health financing and coverage arrangements, health care delivery systems, and governance and resource allocation.

OMS (2018). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Copenhagen OMS - Bureau régional de l'Europe : 68, tab., graph., fig.

<https://who.us4.list-manage.com/track/click?u=bb832ff4c9f8efad547ffc69&id=aa80790e8f&e=87f86ea156>

The Global Conference on Primary Health Care, taking place on the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata, aims to commemorate and reaffirm the original principles of the declaration while renewing political commitment to placing primary health care (PHC) at the foundation of achieving universal health coverage and the sustainable development goals. This interim report, is one of the six reports developed by each WHO regional office as background documentation for the conference. It analyses PHC progress made in the European region over the past four decades and makes projections for the future of PHC. To develop the report, all 53 European Member States were invited to submit input based on their experiences in PHC innovations, enablers and barriers. By examining the main challenges and opportunities for PHC in the European region since 1978, and taking stock of the lessons that have been learned at both national and regional levels, the report identifies key innovations of PHC models for the 21st century. This provides a base guidance for strengthening health systems around PHC to achieve health for all and ultimately transform the vision set out in the 1978 declaration into a practical reality.

Shearer, B., Some, N. H. et Fortin, B. (2018). Measuring Physicians' Response to Incentives: Evidence on Hours Worked and Multitasking. Bonn IZA: 51, tabl., annexes.

<http://ftp.iza.org/dp11565.pdf>

We measure the response of physicians to monetary incentives using matched administrative and time-use data on specialists from Québec (Canada). These physicians were paid fee-for-service contracts and supplied a number of different services. Our sample covers a period during which the Québec government changed the prices paid for clinical services. We apply these data to a multitasking model of physician labour supply, measuring two distinct responses. The first is the labour-supply response of physicians to broad-based fee increases. The second is the response to changes in the relative prices of individual services. Our results confirm that physicians respond to incentives in predictable ways. The own-price substitution effects of a relative price change are both economically and statistically significant. Income effects are present, but are overridden when prices are increased for individual services. They are more prominent in the presence of broad-based fee increases. In such cases, the income effect empirically dominates the substitution effect, which leads physicians to reduce their supply of clinical services.

2017

Detollenaere, J., et al. (2017). "Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need." *Plos One* **12**(1) : e0169274.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5207486/pdf/pone.0169274.pdf>

Access to healthcare is inequitably distributed across different socioeconomic groups. Several vulnerable groups experience barriers in accessing healthcare, compared to their more wealthier

counterparts. In response to this, many countries use resources to strengthen their primary care (PC) system, because in many European countries PC is the first entry-point to the healthcare system and plays a central role in the coordination of patients through the healthcare system. However it is unclear whether this strengthening of PC leads to less inequity in access to the whole healthcare system. This study investigates the association between strength indicators of PC and inequity in unmet need by merging data from the European Union Statistics on Income and Living Conditions database (2013) and the Primary Healthcare Activity Monitor for Europe (2010). The analyses reveal a significant association between the Gini coefficient for income inequality and inequity in unmet need. When the Gini coefficient of a country is one SD higher, the social inequity in unmet need in that particular country will be 4.960 higher. Furthermore, the accessibility and the workforce development of a country's PC system is inverse associated with the social inequity of unmet need. More specifically, when the access- and workforce development indicator of a country PC system are one standard deviation higher, the inequity in unmet healthcare needs are respectively 2.200 and 4.951 lower. Therefore, policymakers should focus on reducing income inequality to tackle inequity in access, and strengthen PC (by increasing accessibility and better-developing its workforce) as this can influence inequity in unmet need.

Detollenaere, J., et al. (2017). "Postponing a General Practitioner Visit: Describing Social Differences in Thirty-One European Countries." Health Serv Res.

OBJECTIVE: To describe social differences in postponing a general practitioner visit in 31 European countries and to explore whether primary care strength is associated with postponement rates. DATA SOURCES: Between October 2011 and December 2013, the multicountry QUALICOPC study collected data on 61,931 patients and 7,183 general practitioners throughout Europe. STUDY DESIGN: Access to primary care was measured by asking the patients whether they postponed a general practitioner visit in the past year. Social differences were described according to patients' self-rated household income, education, ethnicity, and gender. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: Data were analyzed using multivariable and multilevel binomial logistic regression analyses. PRINCIPAL FINDINGS: According to the variance-decomposition in the multilevel analysis, most of the variance can be explained by patient characteristics. Postponement of general practitioner care is higher for patients with a low self-rated household income, a low education level, and a migration background. In addition, although the point estimates are consistent with a substantial effect, no statistically significant association between primary care strength and postponement in the 31 countries is determined. CONCLUSIONS: Despite the universal and egalitarian goals of health care systems, access to general practitioner care in Europe is still determined by patients' socioeconomic status (self-rated household income and education) and migration background.

Dozol, A., et al. (2017). Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés. Paris DGOS : 21, fig., ill., annexes.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf

Le système de santé britannique est confronté aux mêmes enjeux que le système de santé français : contexte budgétaire contraignant avec des enjeux épidémiologiques de vieillissement. Pour y faire face, la solution privilégiée par le système britannique repose sur la mise en place de nouvelles organisations entre acteurs, « les new care models », favorisant la coordination entre les secteurs sanitaires, social et médico-social. En effet, dans la mesure où les principaux besoins de demain relèvent davantage des secteurs médico-social et social que du secteur sanitaire, une prise en charge intégrant ces secteurs devient une nécessité. Ainsi, contrairement aux objectifs recherchés par la réforme de financement à la tarification à l'activité mise en place dans les années 2000, l'objectif principal recherché par le NHS n'est pas celui de l'efficacité économique par la concurrence entre les acteurs mais celui de la performance par une collaboration et une atteinte collective des indicateurs d'accès, de continuité et de coordination de la prise en charge.

Irving, G., et al. (2017). "International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries." Bmj Open(7) : 16, tab., graph., fig.

<http://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>

The aim of this study is to describe the average primary care physician consultation length in economically developed and low-income/middle-income countries, and to examine the relationship between consultation length and organisational-level economic, and health outcomes. This is a systematic review of published and grey literature in English, Chinese, Japanese, Spanish, Portuguese and Russian languages from 1946 to 2016, for articles reporting on primary care physician consultation lengths. Data were extracted and analysed for quality, and linear regression models were constructed to examine the relationship between consultation length and health service outcomes. One hundred and seventy nine studies were identified from 111 publications covering 28 570 712 consultations in 67 countries. Average consultation length differed across the world, ranging from 48 s in Bangladesh to 22.5 min in Sweden. We found that 18 countries representing about 50% of the global population spend 5 min or less with their primary care physicians. We also found significant associations between consultation length and healthcare spending per capita, admissions to hospital with ambulatory sensitive conditions such as diabetes, primary care physician density, physician efficiency and physician satisfaction. There are international variations in consultation length, and it is concerning that a large proportion of the global population have only a few minutes with their primary care physicians. Such a short consultation length is likely to adversely affect patient healthcare and physician workload and stress.

Jabbarpou, Y., et al. (2017). The Impact of Primary Care Practice Transformation on Cost, Quality, and Utilization: a systematic review of research published in 2016. *Washington PCPCC* : 40, tab., graph., fig. https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2017/08/pcmh_evidence_report_08-1-17-FINAL.pdf

Ce rapport de la Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) présente les résultats de 45 nouveaux rapports revus par les pairs et d'autres évaluations gouvernementales et étatiques sur la transformation des pratiques de soins de santé primaires. Il trouve que dans de nombreuses études, le « patient-centred medical home » et d'autres formes avancées de soins primaires démontrent des impacts importants.

Jourdain, A. et Pham, T. (2017). "Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins." *Sante Publique* **29**(1) : 81-87.

[BDSP. Notice produite par EHESP n9R0xsn8. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est de définir la place de la mobilité géographique des professionnels dans les politiques relatives à la démographie médicale dans les pays de l'Union Européenne. Trois approches de la mobilité professionnelle sont discutées : libérale, normative et éthique. La dernière semble la plus populaire, elle associe la préservation des intérêts nationaux au code global de l'Organisation mondiale de la santé sur le recrutement international des professionnels de santé.

Klazinga, N. S. et Fujisawa, R. (2017). Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. *OECD Health Working Paper*; 102. Paris OCDE : 61,fig., tabl. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-patient-experiences-prems_893a07d2-en

The OECD has been leading the work on international comparisons of patient-reported experience measures (PREMs) across its member states for over a decade. This paper synthesises national developments in relation to measuring and monitoring PREMs between 2006 and 2016 across countries participating in the OECD Health Care Quality Indicator expert group. This report shows that most OECD countries measure patient experience at a national level. It also highlights that efforts to measure and report patient-reported measures which used to be conducted in an ad hoc manner previously, have been institutionalised and standardised in an increasing number of countries. This national progress has enabled the international reporting of patient experiences with ambulatory care across 17 OECD countries in the recent edition of OECD's flagship publication, *Health at a Glance 2017*. The scope of these indicators is currently limited, but recent national progress suggests that there is an opportunity to expand PREMs data collection in different domains for international reporting. The OECD plans to continue developing PREMs that would be useful for policy makers, and help drive improvements in health system performance for health care users, building on the PREMs work to date undertaken in consultation with countries. L'OCDE pilote le travail sur les comparaisons

internationales des mesures du vécu du point de vue des patients (PREMs) de ses états membres depuis plus d'une décennie. Ce document résume les développements nationaux en matière de mesure et de surveillance des PREMs de 2006 à 2016 des pays participant au groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé. Ce rapport montre que la majorité des pays de l'OCDE mesure l'expérience du patient au niveau national. Il souligne le fait que les collectes des mesures du vécu du point de vue des patients, auparavant menées de manière ad hoc, sont standardisées et institutionnalisées dans de plus en plus de pays. Ces progrès au niveau national ont permis un reporting des expériences des patients en soins ambulatoires pour 17 pays de l'OCDE dans la publication phare de l'OCDE Panorama de la santé 2017. L'étendue du répertoire des indicateurs est actuellement limitée, mais de récents progrès nationaux suggèrent qu'il y aurait une opportunité d'extension de la collecte des données dans différents domaines à un niveau international. L'OCDE compte poursuivre le développement des PREMs qui seraient utiles pour les décideurs politiques et aideraient à améliorer la performance des systèmes de santé pour les usagers, en tirant profit du travail entrepris à ce jour sur les PREMs en consultation avec les pays.

Kumpunen, S., et al. (2017). Primary care home: evaluating a new model of primary care. Londres Nuffield Trust: 96, tabl., graph., fig.

https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-08/pch-report-final.pdf?utm_source=The%20King%27s%20Fund%20newsletters&utm_medium=email&utm_campaign=8650369_NEWSL_ICB%202017-09-13&dm_i=21A8,55EO1,M5VJME,JS8SU,1

Established in 2016, the primary care home (PCH) model seeks to link staff from general practice, community-based services, hospitals, mental health services, social care and voluntary organisations to deliver joined-up care. This formative evaluation was based on reviews in 2016/17 of 13 rapid test sites' plans and priorities for building the PCH model, and an in-depth look at the progress and early successes in three case study areas. The report looks at how sites can make early progress with implementing and evaluating their local PCH models, examines what might stand in the way of change and offers a number of broader lessons for the NHS as a whole.

Leandre, C., et al. (2017). Accountable Care Organisations. Enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis. Paris DGOS : 16, tabl., graph., annexes.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf

A l'instar d'autres, le système américain de santé souffre d'une fragmentation des offreurs de soins, en particulier entre la ville, les établissements de santé et le médico-social, ainsi que de la coexistence de modes de financements séparés où prédomine le paiement à l'acte (fee for service), alors même que les besoins de la population s'accroissent en raison de son vieillissement et de la croissance des maladies chroniques et multiples. Conscient de ces problèmes, le gouvernement américain a souhaité impulser un ambitieux programme de réforme du financement au profit d'un paiement intégré, s'appuyant sur les « Accountable Care Organizations », rassemblant, sur une base volontaire, une grande diversité d'acteurs du champ sanitaire, dont le premier recours. Les membres de l'ACO s'engagent collectivement pour l'ensemble de la prise en charge de leur patientèle. Si des économies sont réalisées, le payeur et l'« Accountable Care Organisations » se les partagent, sous réserve cependant que la coordination et la qualité des soins se soient améliorées. Ceci est contrôlé à travers des indicateurs mesurant l'expérience patients, ainsi que la coordination tels que les réhospitalisations, les hospitalisations sensibles au premier recours, etc. Ces modèles organisationnels et de financement innovants incitant à la coordination des professionnels et à la maîtrise des dépenses de santé font l'objet de ce rapport.

Lemaire, N. (2017). "Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis." 45, fig., tabl.

L'étude avait pour objectif de comprendre l'évolution de ces ACOs depuis leur création ainsi que les modalités de prise en charge des patients, notamment dans le cas de transitions entre la ville et l'hôpital. Menée auprès de 13 ACOs de Medicare implantées dans 8 Etats différents (New York, Floride, Texas, Delaware, Californie, Kentucky, Arizona et Pennsylvanie), elle a occasionné 40 interviews de personnes impliquées dans ces ACOs (directeurs généraux, directeurs opérationnels,

directeurs médicaux, médecins participants et membres de l'équipe de l'ACO ou de cabinet médical) ou d'experts (personnels du Secrétariat d'Etat chargé de la Santé, chercheurs, consultants). Ces interviews ayant été réalisées sous couvert d'anonymat, il n'est pas possible d'en préciser la liste. Au-delà des ACOs étudiées, l'étude a permis l'observation privilégiée de l'élaboration puis du suivi d'une politique publique de santé aux Etats-Unis. C'est l'ensemble qui est retracé dans le présent rapport qui est organisé autour d'une présentation des ACOs développés par Medicare (I) et d'une première réflexion sur la transposition d'une démarche similaire en France (II).

Maier, C., et al. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Paper; 98. Paris OCDE : 69,fig., tabl.
http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en

Many OECD countries have undergone reforms over the past decade to introduce advanced roles for nurses in primary care to improve access to care, quality of care and/or to reduce costs. This working paper provides an analysis of these nurse role developments and reforms in 37 OECD and EU countries. Four main trends emerge: 1) the development in several countries of specific advanced practice nursing roles at the interface between the traditional nursing and medical professions; 2) the introduction of various new, supplementary nursing roles, often focused on the management of chronic conditions; 3) the rise in educational programmes to train nurses to the required skills and competencies; and 4) the adoption of new laws and regulations in a number of countries since 2010 to allow certain categories of nurses to prescribe pharmaceuticals (including in Estonia, Finland, France, Netherlands, Poland and Spain).

Murante, A. M., et al. (2017). "Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors." Soc Sci Med **186** : 139-147.

BACKGROUND: Health systems are expected to be responsive, that is to provide services that are user-oriented and respectful of people. Several surveys have tried to measure all or some of the dimensions of the responsiveness (e.g. autonomy, choice, clarity of communication, confidentiality, dignity, prompt attention, quality of basic amenities, and access to family and community support), however there is little evidence regarding the level of responsiveness of primary care (PC) systems. **METHODS:** This work analyses the capacity of primary care systems to be responsive. Data collected from 32 PC systems were used to investigate whether a relationship exists between the responsiveness of PC systems and the PC doctor remuneration systems and domestic health expenditure. **RESULTS:** There appears to be a higher responsiveness of PC when doctors are paid via capitation than when they only receive a fee for services or a mixed payment method. In addition, countries that spend more on health services are associated with higher levels of dignity and autonomy. **CONCLUSION:** Quality, as measured from the patient's perspective, does not necessarily overlap with PC performance based on structure and process indicators. The results could also stimulate a new debate on the role of economic resources and PC workforce payment mechanisms in the achievement of quality goals, in this case related to the capacity of PC systems to be responsive.

Roland, M. (éd.) (2017). Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers. New York Commonwealth Fund : 18, tab., graph., fig.
http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/aug/roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf

Health care costs are heavily concentrated among people with multiple health problems. Often, these are older adults living with frailty, advanced illness, or other complex conditions. In 2014, the New York-based Commonwealth Fund established the International Experts Working Group on Patients with Complex Needs through a grant to the London School of Economics and Political Science. The group's purpose was to outline the prerequisites of a high-performing health care system for "high-need, high-cost" patients and to identify promising international innovations in health care delivery for meeting needs of these patients. Drawing on international experience, quantitative and qualitative evidence, and its members' collective expertise in policy and program design, implementation, and

evaluation, the international working group sought to articulate the principles that underpin high performance for this complex population in health systems around the world. What follows are the group's top recommendations based on these principles. All 10 present challenges, with some requiring profound paradigm shifts — for instance, away from disease-specific care delivery and toward more patient-centered approaches, or away from the single-provider model and toward cooperation and teamwork. Their implementation, however, has the potential to transform care and quality of life for millions. The selected international models that follow the recommendations represent some of the promising frontline care innovations that illustrate the principles laid out here.

Sheiman, I. et Shevski, V. (2017). Two Models of Primary Health Care Development: Russia vs. Central and Eastern European Countries. Basic Research Program working paper series : Public and social policy WP BRP 06/PSP/2017. Moscou HSE : 30, tabl., annexes.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2937586

The paper explores primary health care models in Russia and in Central and Eastern European (CEE) countries. Starting with the similar model, they have taken totally different ways of primary health care transformation, including the role of general practitioner, multi-specialty polyclinics and private sector. The comparison of this diversity, based on the conceptual framework of Primary Health Care Activity Monitor in Europe, demonstrated that the scores of primary care in Russia are relatively lower, particularly in the dimensions of accessibility, comprehensiveness, continuity and coordination of care. The score of the selected efficiency indicators is also relatively low. The major reasons for this are discussed, including the lack of strategic vision on the role of primary care, an excessive specialization of primary care and the delay with a shift to a general practitioner model. A debatable issue of primary care extended composition (the involvement of a growing number of specialists) is also addressed. The conceptual presumption that an extended composition presents new opportunities for more integrated care and better performance has not been supported by the evidence. Big multi-specialty polyclinics in Russia don't demonstrate advantages over solo and group GP practices that dominate in CEE countries. The potential of polyclinics is not used because of the lack of specific activities for integration. It is argued that new specialists in the practices can strengthen primary care only when they support generalists rather than replace them. The lesson learnt from CEE countries is that substantial changes are needed to overcome the lagging status of primary care in Russia, including overcoming the excessive specialization of primary care, the replacement of district physicians by general practitioners, developing the forms of independent practices operating in parallel with polyclinics and competing with them

2016

Berchet, C. et Nader, C. (2016). The organisation of out-of hours primary care in OECD countries. OECD Health Working Papers ; 89. Paris OCDE : 44, tab., fig.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-organisation-of-out-of-hours-primary-care-in-oecd-countries_5jlr3czbqw23-en

Out-of-hours (OOH) services provide urgent primary care when primary care physician (PCP) offices are closed, most often from 5pm on weekdays and all day on weekends and holidays. Based on a policy survey (covering 27 OECD countries) and the existing literature, the working paper describes the current challenges associated with the organisation of OOH primary care and reviews the existing models of delivering OOH primary care. The paper pays particular attention to policies which have been pursued to improve access and quality of OOH primary care. Findings of the paper show that most OECD health systems report key challenges to provide OOH primary care in an accessible and safe way. These challenges relate to (i) PCPs' reluctance to practise due to high workload and insufficient remuneration; and (ii) geographical variations in access to OOH primary care within each health system. Together these challenges are leading sources of inappropriate hospital emergency department (ED) visits. Results also indicate that several models of OOH primary care exist alongside each other in the 27 OECD countries participating in the policy survey. Hospital EDs, rota groups and practice-based services remain the most common OOH arrangements, but there is a tendency to shift OOH primary care towards primary care centres and large-scale organisations known as general

practice cooperatives (GPCs). A range of solutions have been implemented to improve access and quality of OOH primary care across OECD countries. These include providing organisational and financial support to PCPs; using other health care professionals (such as nurse practitioners), making OOH care participation compulsory, setting up a telephone triage system, using new technologies, and developing rich information systems (résumé des auteurs)

Goodyear-Smith, F. et al. (2016). *International Perspectives on Primary Care Research*. Londres CRC Press: 255, index.

<https://www.crcpress.com/International-Perspectives-on-Primary-Care-Research/Goodyear-Smith-Mash/p/book/9781785230127>

This book examines how the evidence base from primary care research can strengthen health care services and delivery, tackle the growing burden of disease, improve quality and safety, and increase a person-centred focus to health care. Demonstrating the inter-professional nature of the discipline, the book also features a section on cross-nation organisations and primary care networks supporting research. National perspectives are offered from researchers in 20 countries that form part of the World Organization of Family Doctors, providing case histories from research-rich to resource-poor nations that illustrate the range of research development and capacity building. This book argues the importance of primary care research, especially to policy makers, decision makers and funders in informing best practice, training primary health care providers and achieving equitable distribution of care.

Halma, L. et Russel, G. M. (2016). "Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries." *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 9 : 35-46.

Interprofessional teamwork may be considered as "a dynamic process involving two or more health care professionals with complementary backgrounds and skills, sharing common health goals and exercising concerted, physical and mental effort in assessing, planning, or evaluating patient care." This study aimed to describe how interventions and reform policies to enhance teamwork impacted on communication, relationships, role definition, and work satisfaction in primary health care.

Winpenny, E., et al. (2016). "Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons." *Health Services and Delivery Research* 4(15) : 289, tabl., annexes.

This study updates a 2006 literature review on ways of improving the effectiveness and efficiency of hospital outpatient services. We undertook a new review of the current literature on the subject and found that, with appropriate safeguards and support, substantial areas of care traditionally given in hospitals can be transferred to primary care. For example, relocating specialists to work in the community is popular with patients, and joint working between specialists and general practitioners (GPs) can be of substantial educational value. As there is limited information on whether new schemes increase or reduce demand and cost more or less than traditional approaches, we also conducted a number of substudies. Our substudies investigated five areas: referral management centres (organisations established to review referrals and potentially divert them away from hospitals), in-house review of referrals by GPs, financial incentives to reduce referrals, consultants contracted to community organisations and, last, international experiences of moving care from hospital into the community. We concluded that: High-quality care in the community can be provided for many conditions and is popular with patients. It may not be cheaper to move care into the community, and more evidence is required on cost-effectiveness. Moves towards care in the community can be justified if high value is given to patient convenience in relation to NHS costs or if community care can be provided in a way that reduces overall health-care costs.

2015

(2015). *Competition among health care providers -Investigating policy options in the European Union*. Luxembourg Publications Office of the European Union : 99, fig., tabl.

Ce rapport du groupe d'experts sur les investissements efficaces en matière de santé de l'Union européenne examine la concurrence entre les fournisseurs de soins de santé comme moyen d'améliorer l'utilisation des ressources. Le rapport reconnaît l'importance du choix du patient et avance que le système fonctionne mieux lorsque les patients peuvent facilement évaluer la qualité des services.

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

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

Boerma, W., et al. (2015). Overview and future challenges for primary care. Building primary care in a changing Europe., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 119-134.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

This final chapter places the results of the previous chapters in a broader perspective by sketching the state of primary care in Europe in relation to current and future challenges, and drawing relevant lessons on the basis of the comparative information in this volume. The PHAMEU study has added evidence to what was known before from international studies. These studies have provided evidence on benefits of well-developed primary care systems, in terms of better coordination and continuity of care and better opportunities to control costs (Starfield, 1994; Delnoij et al., 2000; Shi et al., 2002; Macinko, Starfield & Shi, 2003). The added value of the PHAMEU approach has been that it has covered a larger number of European countries, which makes the results more robust and relevant for Europe. This chapter is structured as follows. First, the situation of primary care in Europe will be assessed through an overview of the main findings and the results of the in-depth analyses of the PHAMEU data. The subsequent section contains reflections on the findings, including: how the evidence can be applied; an agenda for primary care innovation; developments in the divide between eastern and western Europe; and reflection on essential primary care features like accessibility, equity, integration and skill-mix. Then there is a section devoted to future primary care monitoring, in particular what lessons can be learned from the PHAMEU project. Finally conclusions will be drawn.

Brun-Fain, E. (2015). Quelle rémunération pour les médecins exerçant dans des structures interprofessionnelles ambulatoires, aux Etats-Unis, au Canada, aux Pays Bas et au Royaume Uni ? Revue de la littérature. Paris Université de Paris Dauphine. **Master Evaluation Médico-Economique et accès au marché (ENAM) ; Université Paris Dauphine : 53.**

Le projet de loi de santé de « Modernisation de notre système de santé » prévoit une évolution de la rémunération des médecins généralistes français. Or, « le droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le malade » est un des principes de la chartre fondatrice de la médecine libérale de 1927, d'où l'indignation de nombreux médecins généralistes à ce propos. Bien

qu'ils perçoivent aujourd'hui une partie de leur rémunération selon d'autres modalités (forfait par patient dont ils sont le médecin traitant, par patient présentant une maladie chronique, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) la plupart craint une évolution de son mode de rémunération, ainsi qu'une perte d'autonomie, chère à la médecine libérale. Or, le système de soins primaires français est aujourd'hui face à la nécessité d'évoluer : le vieillissement de la population et la croissance exponentielle du nombre de malades chroniques le place devant un défi considérable de financement mais avant cela même, d'organisation des soins. En 2008, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale a mis en place une Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération. destinée aux structures interprofessionnelles visant à valoriser les initiatives de coordination et de coopération. Ce système de rémunération a été généralisé en 2015, mais son évolution dépendra des résultats de l'évaluation de ces Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ainsi que d'éléments de comparaison étrangers. Afin de répondre à ce dernier objectif, cette étude propose une revue de la littérature visant à décrire différents modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte, à destination de groupes interprofessionnels aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume Uni et aux Pays Bas. Dans une première partie, elle définit des concepts utiles à la compréhension du sujet, puis expose la méthode utilisée pour la recherche bibliographique. Dans une partie consacrée aux résultats, elle présente séparément pour chaque pays, le contexte d'évolution du système de santé, les structures interprofessionnelles en ambulatoire qui s'y sont développées et leur mode de financement. L'impact de ces modes de financement sera analysé de façon globale dans une courte seconde partie.

Cartier, T., et al. (2015). Belgium. Building primary care in a changing Europe. Case studies., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 9-17.

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en Belgique. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

Cartier, T., et al. (2015). Switzerland. Building primary care in a changing Europe. Case studies., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 275-283.

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en Suisse. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

De, Rosis, S. et Seghieri, C. (2015). "Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries." Bmc Medical Informatics and Decision Making **15**(1) : 16, fig.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/15/70>

BACKGROUND: There is general consensus that appropriate development and use of information and communication technologies (ICT) are crucial in the delivery of effective primary care (PC). Several countries are defining policies to support and promote a structural change of the health care system through the introduction of ICT. This study analyses the state of development of basic ICT in PC systems of 31 European countries with the aim to describe the extent of, and main purposes for, computer use by General Practitioners (GPs) across Europe. Additionally, trends over time have been analysed. METHODS: Descriptive statistical analysis was performed on data from the QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) survey, to describe the geographic differences in the general use of computer, and in specific computerized clinical functions for different health-related purposes such as prescribing, medication checking, generating health records and research for medical information on the Internet. RESULTS: While all the countries have achieved a near-universal adoption

of a computer in their primary care practices, with only a few countries near or under the boundary of 90 %, the computerisation of primary care clinical functions presents a wide variability of adoption within and among countries and, in several cases (such as in the southern and central-eastern Europe), a large room for improvement. CONCLUSIONS: At European level, more efforts could be done to support southern and central-eastern Europe in closing the gap in adoption and use of ICT in PC. In particular, more attention seems to be need on the current usages of the computer in PC, by focusing policies and actions on the improvement of the appropriate usages that can impact on quality and costs of PC and can facilitate an interconnected health care system. However, policies and investments seem necessary but not sufficient to achieve these goals. Organizational, behavioural and also networking aspects should be taken in consideration.

Glazier, R. H., et al. (2015). Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, 2004/05 to 2011/12. Toronto ICES : vii-37, tabl.

<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2015/Comparison-of-Family-Health-Teams>

This report compares outcomes of Family Health Team patients in relation to other major models of primary care in Ontario over time. Very few longitudinal analyses are available that compare Ontario's primary care models with each other, so this report serves to fill that knowledge gap.

Johnson, A. et Stukel, T. (2015). Medical Practice Variations, Berlin : Springer Verlag

This title deals with internationally documented variations in medical practice and health service that exist across countries as well as regions across a specific country. Such variations raise critical concerns about the quality, equity and efficiency of health care resources across the world. Health services researchers have long been aware of large variations in the use of medical care across regions and medical providers. In the 1930s, the British pediatrician J.A. Glover observed that the rates of tonsillectomy in British schoolchildren varied widely, depending on the district where the students lived and the doctors who examined them. This volume provides a contextual landscape for the study of health care utilization through the lens of medical practice variations. It is grounded in the pioneering work by medical care epidemiologist, Dr. John Wennberg, who revealed wide variations in elective surgical rates across small areas in the U.S. and his findings that these variations were generally not explained by differences in population illness rates or patient preferences but rather, there were strong associations between supply of health care resources, such as hospital beds and physicians and health care utilization. This volume introduces the concept of medical practice variations and its early history, outlines established concepts and frameworks, with an overview of methods used to understand the variations in medical care. It makes the case for outcomes research in determining what works in health care and policy reforms to rationalize how care is delivered. Each chapter synthesizes the current published literature in the field and covers a description of medical practice variations in the area, determinants of these variations and outcomes. It outlines the most current research on specific types of utilization such as inpatient care, emergency services, elective surgery, primary care, obstetric and gynaecological care, mental health care and end-of-life care, among others. Studies of variation in condition-specific care focus on common conditions such as acute myocardial infarction, congestive heart failure, stroke, diabetes and procedures such as cancer surgery and joint replacement. Special topics include health care spending and quality, shared decision making and disparities.

Kossarova, L., et al. (2015). Focus on: international comparisons of healthcare quality - what can the UK learn? QualityWatch. Londres Health Foundation : 2 vol. (44; 16), fig., tabl.

Cette étude compare la qualité des soins de santé britanniques dans quatre secteurs (soins primaires, soins aigus, soins du cancer et santé mentale) à celle de services équivalents dans 12 pays : Australie, Belgique, Canada, France, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Espagne, Suède et États-Unis. L'analyse révèle que le Royaume-Uni se classe au dernier ou avant-dernier rang sur 16 des 27 indicateurs de qualité utilisés dans l'étude.

Kringos, D., et al. (2015). Diversity of primary care systems analysed. Building primary care in a changing Europe., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe: 103-118.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

This chapter analyses differences between countries and explains why countries differ regarding the structure and process of primary care. The components of primary care strength that are used in the analyses are health policy-making, workforce development and in the care process itself (see Fig. 1.1 in chapter 1). The explanations will be sought in the efficiency of primary care; societal, political and economic determinants; and the contribution of strong primary care to health system performance in general.

Kringos, D. S., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe. Case studies, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Ce nouveau volume est constitué d'études de cas structurées résumant la situation des soins de santé primaires dans 31 pays européens. Il sert de complément à l'étude réalisée précédemment et intitulée « Building primary care in a changing Europe » (Assurer les soins primaires dans une Europe en mutation), qui donne un aperçu de la situation des soins primaires sur le continent, notamment les aspects liés à la gouvernance, au financement et aux ressources humaines ainsi qu'une présentation détaillée des profils de service. Ces études de cas déterminent le contexte des soins de santé primaires dans chaque pays ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires. Les études illustrent les importantes variations nationales en termes d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins primaires dans l'Europe d'aujourd'hui, ce qui complique l'évaluation du rôle de ces soins dans la performance globale du système de santé même s'il est de plus en plus prouvé qu'un secteur des soins primaires solide apporte de la valeur ajoutée.

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

<https://www.pressesdesciencespo.fr/fr/book/?gcoi=27246100525790>

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

Lember, M., et al. (2015). Structure and organization of primary care. Building primary care in a changing Europe, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe : 41-66.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

The way primary care is structured establishes important conditions for both the process of care and its outcomes. In this chapter, the structure of primary care will be discussed according to three dimensions: governance, economic conditions and workforce development. Governance refers to the vision and direction of health policy, which exerts influence through regulation and advocacy as well as through collecting and using information. The economic conditions of a primary care system are

dominated by the total amount spent on it and how access to care for patients is organized financially. Cost-sharing, for instance, can be a source of inequity in financial access to care. The mode of remuneration of care providers is also a relevant economic condition. Primary care professionals can be salaried or self-employed and may or may not be contracted to health services or health insurance institutions. The dimension of workforce development refers to the professional profile of primary care workers and the role they play in the health care system. The chapter will conclude with a comparison of the governance, financing and workforce development conditions, and their interrelations, across European countries.

Miani, C., et al. (2015). Best practice. Medical training from an international perspective. Santa-Monica Rand Corporation: 138, tabl., fig.

http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR622.html

This report seeks to help inform the further development of medical education and training for primary care in Germany. It explores approaches to medical education and training in a small number of high-income countries and how these seek to address shortages of doctors practising in primary or ambulatory care through reforming their education and training systems. It does so by means of an exploratory analysis of the experiences of three countries: England, France and the Netherlands, with Germany included for comparison. Data collection involved a review of the published and grey literature, using a structured template, complemented by information provided by key informants in the selected countries. The report sets out the general context within which the medical education and training systems in the four countries operate, and describe the education and training pathways for general practice for each. We highlight options for medical education and training in Germany that arise from this study by placing our observations in the context of ongoing reform activity. This study will be of relevance for decisionmakers and practitioners concerned with ensuring a medical workforce that is prepared for the demands in a changing healthcare environment.

Saint-Lary, O., et al. (2015). "Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?" *Exercer la Revue Francophone de Medecine Generale* **26**(119) : 52-61.

Les auteurs de cet article se proposent d'effectuer une synthèse des données concernant différentes modalités de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, la capitation, le paiement à la performance et le salariat.

Salmi, L. R., et al. (2015). "Interventions addressing health inequalities in European regions : the AIR project." *Health Promotion International* **En ligne** : 1-12.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2015/10/23/heapro.dav101.abstract>

Disparities in health between social groups have been documented all over Europe. We summarize the methods and results of the Addressing Inequalities in Regions (AIR) project, which identified illustrative interventions and policies developed in European regions to reduce inequalities at the primary health care level. The first phase was a systematic review of the published literature. The second phase was a survey of European regions, collecting information on policies aiming at reducing health inequalities through primary health care and identifying regional, innovative and evaluated interventions. The third phase assessed interventions through methods defined by a formal consensus, and selected illustrative practices considered good practices for several of nine evaluation criteria. The review included 98 evaluations of interventions and 10 reviews; 80% of interventions were from North-America. Three main pathways to reduce health inequalities were identified: providing health promotion, improving financial access to care and modifying care provision. The first survey identified 90 interventions. Most national strategies included health inequalities issues. Education was the most frequently identified targeted determinant. Most interventions were health promotion general or targeted at specific health determinants, conditions or groups. The second survey assessed 46 interventions. Many involved the population in planning, implementation and evaluation. We also identified the multidisciplinary of interventions, and some who had an impact on empowerment of the targeted population. The AIR project documented that policies and actions can be implemented at the regional level through primary care providers. Policies and interventions are seldom evaluated.

Sherry, T. (2015). "A Note on the Comparative Statics of Pay-for-Performance in Health Care." Health Economics: 1-8.

Pay-for-performance (P4P) is a widely implemented quality improvement strategy in health care that has generated much enthusiasm, but only limited empirical evidence to support its effectiveness. Researchers have speculated that flawed program designs or weak financial incentives may be to blame, but the reason for P4P's limited success may be more fundamental. When P4P rewards multiple services, it creates a special case of the well-known multitasking problem, where incentives to increase some rewarded activities are blunted by countervailing incentives to focus on other rewarded activities: these incentives may cancel each other out with little net effect on quality. This paper analyzes the comparative statics of a P4P model to show that when P4P rewards multiple services in a setting of multitasking and joint production, the change in both rewarded and unrewarded services is generally ambiguous. This result contrasts with the commonly held intuition that P4P should increase rewarded activities.

2014

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

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2014/ANNEXE/ANNEXE_3_EXPERIENCES_ETRANGERES.pdf

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

Cartier, T., et al. (2014). "Hospitalisations potentiellement évitables : une responsabilité des seuls soins de premier recours ?" Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique **62**(4) : 225-236.

La mesure des hospitalisations potentiellement évitables est utilisée comme un indicateur de performance des systèmes de soins primaires dans de nombreux pays. Cet article s'interroge sur la validité et l'intérêt de cette mesure de manière générale et dans le contexte français en particulier. Une revue ciblée de la littérature a été effectuée en vue d'une analyse critique du concept. Les différents usages des hospitalisations potentiellement évitables ont déjà fait l'objet de deux revues systématiques récentes. Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables semblent bien plus corrélés aux caractéristiques socio-économiques des patients qu'à l'offre de soins primaires. Les rares travaux recensés en France confirment cette tendance internationale. Plusieurs faiblesses ont été identifiées dans la construction de cet indicateur : le choix des pathologies considérées comme pouvant être à l'origine d'hospitalisations potentiellement évitables, leur repérage parmi les codes diagnostiques de motifs d'hospitalisation, la qualité du codage hospitalier, le biais écologique du recueil des variables explicatives. Des pistes d'amélioration sont proposées. En particulier, nous discutons la possibilité de l'usage de cet indicateur à l'échelle globale du système de santé. L'utilisation des hospitalisations potentiellement évitables comme indicateur de la performance du système de santé serait prématurée en France, à la fois pour des raisons de pertinence et de méthodologie (Résumé auteur).

Cashin, C., et al. (2014). Paying for Performance in Health Care : implications for health system performance and accountability, Maidenhead : Open University Press

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care.-implications-for-health-system-performance-and-accountability>

Health spending continues to outstrip the economic growth of most member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pay for performance (P4P) has been identified as an innovative tool to improve the efficiency of health systems but evidence that it increases value for money, boosts quality or improves health outcomes is limited. Using a set of case studies from 12 OECD countries (including Estonia, France, Germany, Turkey and the United Kingdom), this book explores whether the potential power of P4P has been over-sold, or whether the disappointing results to date are more likely to be rooted in problems of design and implementation or inadequate monitoring and evaluation. Each case study analyses the design and implementation of decisions, including the role of stakeholders; critically assesses objectives versus results; and examines the "net" impacts, including positive spillover effects and unintended consequences. With experiences from both high and middle-income countries, in primary and acute care settings, and both national and pilot programmes, these studies provide health finance policy-makers in diverse settings with a nuanced assessment of P4P programmes and their potential impact on the performance of health systems (4e de couverture).

Daponte, A., et al. (2014). "Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions." *European Journal of Public Health* **En ligne**: 1-11.

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2014/04/16/eurpub.cku044.abstract>

Foot, C., et al. (2014). *Managing quality in community health care services*. Londres The King's Fund : 44, fig.

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/managing-quality-community-health-care-services>

Community health services provide vital care for millions of people. Children, families, people with injuries or long-term conditions, older people, and people in their last years of life all use this huge range of services. Demand for community services is growing as more and more people are cared for closer to home. These community services are a key component of our health and care system, but they have been too often overlooked by the national focus on quality. This report uses surveys, interviews and document analysis to gauge how community providers are defining, measuring, managing and improving quality. Our findings show that: there are many examples of local innovation in measuring quality and some robust systems of quality governance in place; community service providers feel that poor availability of information is constraining quality improvement; staff shortages and workforce concerns pose serious risks to delivering quality care as do growing financial, demand and capacity pressures. At a national level, our lack of knowledge about quality in community services is a dangerous blind spot. If policy-makers are truly committed to quality and transparency – and to bringing more care closer to home – then action (résumé de l'éditeur).

Nolte, E. et Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe : ix+44, tabl., fig.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf

This new policy summary reviews the existing evidence on the economic impact of integrated care approaches. Whereas it is generally accepted that integrated care models have a positive effect on the quality of care, health outcomes and patient satisfaction, it is less clear how cost effective they are. As the evidence-base in this field is rather weak, the authors suggest that we may have to revisit our understanding of the concept and our expectations in terms of its assessment. Integrated care should rather be seen as a complex strategy to innovate and implement long-lasting change in the way services in the health and social-care sectors are delivered.

Nolte, E. et al. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems : concepts and approaches*, Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458642/pdf/Bookshelf_NBK458642.pdf

The rising burden of chronic illness, in particular the rapid increase in the number of people with multiple health problems, is a challenge to health systems globally. Associated premature mortality and reduced physical functioning, along with higher use of health services and related costs, are

among the key concerns faced by policy-makers and practitioners. There is a clear need to redesign delivery systems in order to better meet the needs created by chronic conditions, moving from the traditional, acute and episodic model of care to one that better coordinates professionals and institutions and actively engages service users and their carers. Many countries have begun this process but it has been difficult to reach conclusions about the best approach to take: care models are highly context-dependent and scientifically rigorous evaluations have been lacking. Assessing chronic disease management in European health systems explores some of the key issues, ranging from interpreting the evidence base to assessing the policy context for, and approaches to, chronic disease management across Europe. Drawing on 12 detailed country reports (available in a second, online volume), the study provides insights into the range of care models and the people involved in delivering these; payment mechanisms and service user access; and challenges faced by countries in the implementation and evaluation of these novel approaches. This book builds on the findings of the DISMEVAL project (Developing and validating DISease Management EVALuation methods for European health care systems), led by RAND Europe and funded under the European Union's (EU) Seventh Framework Programme (FP7) (Agreement no. 223277).

Oliver-Baxter, J., et al. (2014). Quality improvement financial incentives for general practitioners. Flinders Primary Health Care Research & Information Service : 48.

https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/36228/PIR_Quality%20improvement.pdf?sequence=1

Cette analyse examine les programmes d'incitation financière implantés en Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada pour améliorer la qualité des soins de santé primaires. Dans tous les cas, des indicateurs sont utilisés, mais sont accompagnés par des obligations et avantages différents. Les auteurs constatent que la littérature ne reconnaît pas de façon explicite si les résultats mesurés sont des améliorations absolues ou relatives.

2013

OMS (2013). Roadmap: strengthening people-centred health systems in the WHO European region - a framework for action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe : 41, tabl., graph., fig.

The WHO has proposed this framework for action in Europe and this document provides an overview of the framework's development. Intended as a planning tool, it is divided into four sections: a summary and consideration of context, an action framework, and a description of key partnerships.

Brown, L., et al. (2013). "International trends and initiatives in primary health care." RESEARCH ROUNDup **33** : 2.

<https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/36247/RRU%20Aug%202013.pdf?sequence=1>

Recent trends in international health system reform have drawn attention to patient centred approaches, multimorbidity, integration, workforce models of care and eHealth. A range of primary health care (PHC) initiatives have been implemented to support the operationalisation of these trends in countries' local contexts. This RESEARCH ROUNDup introduces these trends and identifies initiatives designed to target them, describing evaluation findings where possible. Evidence is presented from countries perceived as comparable to Australia in terms of the organisation, funding and delivery of PHC. Future directions for PHC reform are discussed.

Groenewegen, P. P., et al. (2013). "Strengthening weak primary care systems : Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries." Health Policy **113**(1-2) : 170-179.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23895880>

European health care systems are facing diverse challenges. In health policy, strong primary care is seen as key to deal with these challenges. European countries differ in how strong their primary care systems are. Two groups of traditionally weak primary care systems are distinguished. First a number of social health insurance systems in Western Europe. In these systems we identified policies to

strengthen primary care by small steps, characterized by weak incentives and a voluntary basis for primary care providers and patients. Secondly, transitional countries in Central and Eastern Europe (CEE) that transformed their state-run, polyclinic based systems to general practice based systems to a varying extent. In this policy review article we describe the policies to strengthen primary care. For Western Europe, Germany, Belgium and France are described. The CEE transformed their systems in a completely different context and urgency of problems. For this group, we describe the situation in Estonia and Lithuania, as former states of the Soviet Union that are now members of the EU, and Belarus which is not. We discuss the usefulness of voluntary approaches in the context of acceptability of such policies and in the context of (absence of) European policies.

Paris, V. et Devaux, M. (2013). "Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE." Seve : Les Tribunes De La Sante(40) : 45-52.

Cet article décrit les principaux modes de rémunération des médecins généralistes et spécialistes dans les pays de l'OCDE. Ceux-ci sont liés aux modes d'organisation des soins, qui eux-mêmes dépendent du système de soins (système national versus assurance obligatoire). Depuis le début des années 2000, de nombreux pays ont complété les modes traditionnels de rémunération (salaire, capitation et paiement à l'acte) par des paiements additionnels visant à accroître la qualité des soins et l'efficacité du système (résumé de l'éditeur).

Pelone, F., et al. (2013). "How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe." International Journal for Quality in Health Care **25**(4) : 1-13.

The objective of the study was to measure the relative efficiency of primary care (PC) in turning their structures into services delivery and turning their services delivery into quality outcomes. It became clear that maximizing the individual functions of PC without taking into account the coherence within the health-care system is not sufficient from a policymaker's point of view when aiming to achieve efficiency.

Schaefer, W. A., et al. (2013). "Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries." Quality in Primary Care **21**(2) : 27-79.

BACKGROUND: The Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC) study aims to analyse and compare how primary health care systems in 35 countries perform in terms of quality, costs and equity. This article answers the question 'How can the organisation and delivery of primary health care and its outcomes be measured through surveys of general practitioners (GPs) and patients?' It will also deal with the process of pooling questions and the subsequent development and application of exclusion criteria to arrive at a set of appropriate questions for a broad international comparative study. **METHODS:** The development of the questionnaires consisted of four phases: a search for existing validated questionnaires, the classification and selection of relevant questions, shortening of the questionnaires in three consensus rounds and the pilot survey. Consensus was reached on the basis of exclusion criteria (e.g. the applicability for international comparison). Based on the pilot survey, comprehensibility increased and the number of questions was further restricted, as the questionnaires were too long. **RESULTS:** Four questionnaires were developed: one for GPs, one for patients about their experiences with their GP, another for patients about what they consider important, and a practice questionnaire. The GP questionnaire mainly focused on the structural aspects (e.g. economic conditions) and care processes (e.g. comprehensiveness of services of primary care). The patient experiences questionnaire focused on the care processes and outcomes (e.g. how do patients experience access to care?). The questionnaire about what patients consider important was complementary to the experiences questionnaire, as it enabled weighing the answers from the latter. Finally, the practice questionnaire included questions on practice characteristics. **DISCUSSION:** The QUALICOPC researchers have developed four questionnaires to characterise the organisation and delivery of primary health care and to compare and analyse the outcomes. Data collected with these instruments will allow us not only to show in detail the variation in process and outcomes of primary health care, but also to explain the differences from features of the (primary) health care system.

2012

Appleby, J., et al. (2012). Payment by Results: how can payment systems help to deliver better care? Londres King? Fund Institute : 48, fig.

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf

Based on a review of the English NHS experience of Payment by Results (PbR) and international experience of similar, activity-based payment systems, this report identifies five general lessons about payment systems, draws some conclusions about whether our current Payment by Results system is fit for purpose in view of current and future challenges and presents options for how reforms to PbR could be taken forward.

Capelli, O. (2012). *Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights*, <http://www.intechopen.com/about-intech.html>

<http://www.intechopen.com/books/primary-care-at-a-glance-hot-topics-and-new-insights>

The content of the book is organized according to 5 attributes (accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity and accountability), to give the reader an international overview of hot topics and new insights in Primary Care, all around the world.

Fournier, J., et al. (2012). "I Can't Wait": Advanced Access Decreases Wait Times in Primary Healthcare." *Healthcare Quarterly* **15**(1) : 64-68.

Research has shown that a strong primary healthcare system results in better health outcomes and lower costs (Starfield 1994). A key characteristic of a strong primary healthcare system is access to care. Two elements of a strong healthcare system are accessibility and short wait times for service. In Canada, a shortage of primary healthcare providers is the biggest obstacle to reducing wait times to primary healthcare services; however, timely access to one's primary healthcare provider is also a significant barrier (Howell 2008). Wait times to see primary care physicians are longer for Canadians than for patients in the United States, Australia and the United Kingdom (Bundy et al. 2005; College of Family Physicians of Canada 2006; Sanmartin and Ross 2006). Longer wait times are associated with patient dissatisfaction, poorer individual health outcomes and an increased use of emergency departments and urgent care clinics (Gupta and Denton 2008; Hill and Joonas 2005; Hudec et al. 2010; Valenti and Bookhardt-Murray 2004).

Ricketts, T., et al. (2012). "Advancing primary care in France and the United States: Parallel opportunities and barriers." *Journal of Primary Care & Community Health*(en ligne) : 1-5.

Kringos, D. S. (2012). The Strength of Primary Care in Europe. Utrecht NIVEL : 314, fig., tabl.

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>

This thesis aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care (PC) in Europe, their determinants and their impact on health care system outcomes. The results strengthen the evidence-base for policymakers to prioritise PC strengthening on the health policy agenda and invest in improving the quality and completeness of PC information infrastructures, for funding agencies to invest in PC research, for researchers to further improve our understanding of the functioning of PC at macro, meso and micro level, and for PC professionals for the importance of their work for improving population health, reducing socio-economic inequality in self-assessed health and reducing avoidable hospitalizations. More specifically, we developed a Primary Care Monitoring Instrument measuring the strength of 9 key PC dimensions with in total 99 indicators. The strength of PC is determined by the degree in which its key dimensions are developed in a health care system. The structure of PC consists of: 1. governance; 2. economic conditions; and 3. workforce development. The PC process is determined by: 4. accessibility; 5. continuity of care; 6. coordination of care; and 7. comprehensiveness of care. The outcome of PC includes at least: 8. quality of PC; 9. efficiency of PC.

By applying all indicators in 31 European countries it became clear that the theoretical notion of PC strength cannot be captured by one (summary) measure or score. It is possible to summarize the strength of PC at structure level by one score for each country, but the strength of PC at process level can only be measured by analysing each of the 4 process dimensions separately. We have shown variation in PC strength across Europe, indicating a discrepancy in the responsibility given to PC in (inter)national policy initiatives and the needed investments in PC to solve e.g. future workforce shortages. To improve PC performance management there is a need for countries to improve their PC information infrastructure. We found that the national political agenda, economy, prevailing values, and type of health care system are all important factors that can both favour and hamper the development of strong PC. For example, countries that have been governed by a predominantly left-wing government over the past years have a stronger PC structure, accessibility and coordination of PC. Strengthening PC is in the end a political decision which can only be taken if it is in line with prevailing values in a country. In terms of outcomes, we showed that currently, countries with relatively strong PC have higher total health care expenditures than countries with relatively weak PC in Europe. In financially flourishing times, the total health care expenditures will increase despite strong PC. The results confirm that strong PC has a positive impact on population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations in Europe. This thesis shows that in the beginning of the twenty-first century strong PC in Europe seems to be conducive to reaching important health care system goals.

Nolte, E. et Hinrichs, S. (2012). DISMEVAL. Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems. Final report. Santa Monica Rand corporation : 200, fig., tabl., annexes.

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2012/RAND_TR1226.pdf

The report documents the overall findings of the work carried out within the DISMEVAL project which was funded under the European Commission's 7th Framework Programme. It sought to review current approaches to chronic care and their evaluations, as implemented by EU Member States at national and regional levels and to explore the policy context for chronic disease management in European countries. Reporting on the range of approaches to chronic care adopted in 13 European countries it emphasises the need for the development of a coherent response to chronic disease that takes account of the various tiers in the system and along the care continuum, with involvement of professionals forming a crucial component for achieving sustainable change. The DISMEVAL project further sought to test and validate different evaluation methods using existing data from disease management interventions in six countries. In doing so, it advances the research base in evaluation design and methodology, so informing the design of future evaluations and enhancing their value for decisionmaking. Work carried out identified and tested a wide range of methods that can be employed in situations where experimental approaches are not possible, emphasising that rigorous evaluation is still possible where baseline or predefined control groups are not available and how advanced designs can help better understand how different (combinations of) care components and processes might be effective for managing chronic disease in patients with different characteristics. It argues how future evaluation work drawing on such approaches should provide insight into what works for whom in the area of disease management, a question that randomised trials have thus far been unable to answer.

Ricketts, T., et al. (2012). "Advancing primary care in France and the United States : Parallel opportunities and barriers." Journal of Primary Care & Community Health(en ligne) : 1-5.

2011

Iversen, T. et Alberta, M. A. C. (2011). "Market conditions and general practitioners' referrals." International Journal of Health Care Finance and Economics **11**(4) : 223-244, 228 tabl.

We study how market conditions influence referrals of patients by general practitioners (GPs). We set up a model of GP referral for the Norwegian health care system, where a GP receives capitation payment based on the number of patients in his practice, as well as fee-for-service reimbursements. A

GP may accept new patients or close the practice to new patients. We model GPs as partially altruistic, and compete for patients. We show that a GP operating in a more competitive market refers more. To retain patients in his practice, a GP satisfies patients' requests for referrals. Furthermore, a GP who faces patient shortage will refer more often than a GP who has enough patients. More referrals may add to profits from future treatments. Using data of radiology referrals by GPs in Norway, we test and confirm our theory.

Johnston, S., et al. (2011). "Performance feedback: An exploratory study to examine the acceptability and impact for interdisciplinary primary care teams." *Bmc Family Practice* **12**(14) : 10, tabl.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078845/pdf/1471-2296-12-14.pdf>

This mixed methods study was designed to explore the acceptability and impact of feedback of team performance data to primary care interdisciplinary teams. Seven interdisciplinary teams were offered a one-hour, facilitated performance feedback session presenting data from a comprehensive, previously-conducted evaluation, selecting highlights such as performance on chronic disease management, access, patient satisfaction and team function. Several recurrent themes emerged from participants' surveys and two rounds of interviews within three months of the feedback session. Team performance measurement and feedback was welcomed across teams and disciplines. This feedback could build the team, the culture, and the capacity for quality improvement. However, existing performance indicators do not equally reflect the role of different disciplines within an interdisciplinary team. Finally, the effect of team performance feedback on intentions to improve performance was hindered by a poor understanding of how the team could use the data. The findings further our understanding of how performance feedback may engage interdisciplinary team members in improving the quality of primary care and the unique challenges specific to these settings. There is a need to develop a shared sense of responsibility and agenda for quality improvement. Therefore, more efforts to develop flexible and interactive performance-reporting structures (that better reflect contributions from all team members) in which teams could specify the information and audience may assist in promoting quality improvement

Jusot, F., et al. (2011). "Variations in preventive care utilisation in Europe." *European Journal of Ageing* : 1-11, 15 tabl.

Prevention has been identified as an effective strategy to lead healthy, active and independent lives in old age. Developing effective prevention programs requires understanding the influence of both individual and health system level factors on utilisation of specific services. This study examines the variations in utilisation of preventive services by the population aged 50 and over in 14 European countries, pooling data from the two waves of Survey of Health Ageing and Retirement in Europe and the British Household Panel Survey. The models used allow for the impact of individual level demand-side characteristics and supply-side health systems features to be separately identified. The analysis shows significant variations in preventive care utilisation both within and across European countries. In all countries, controlling for individual health status and country-level systemic differences, higher educated and higher income groups use more preventive services. At the health system level, high public health expenditures and high GP density is associated with a high level of preventive care use, but specialist density does not appear to have any effect. Moreover, payment schemes for GPs and specialists appear to significantly affect the incentives to provide preventive health care. In systems where doctors are paid by fee-for-service the utilisation of all health services, including cancer screening, are higher

Milliken, O. et Devlin, R. A. (2011). "Comparative Efficiency Assessment of Primary Care Service Delivery Models Using Data Envelopment Analysis." *Canadian Public Policy- Analyse De Politiques* **37**(1) : 85-109.

This paper compares the relative productive efficiencies of four models of primary care service delivery using the data envelopment analysis method on 130 primary care practices in Ontario, Canada. A quality-controlled measure of output and two input scenarios are employed: one with full-time-equivalent labour inputs and the other with total expenditures. Regression analysis controls for the mix of patients in the practice population. Overall, we find that community health centres fare the worst when it comes to relative efficiency scores.

Vallejo-Torres, L. et Morris, S. (2011). "Factors associated with the use of primary care services: the role of practice nurses." European Journal of Health Economics (the) **12**(4) : 373-381, tabl., fig.

Rising demand for and costs of health care have led to an increasing role of practice nurses in primary care in many countries, including the United Kingdom. Previous research has explored how practice nurse care differs from that provided by general practitioners (GPs) in terms of costs and health outcomes, and has highlighted the importance of matching skills and experience with roles and responsibilities. However, there has been little research to compare the characteristics of patients seen by GPs and practice nurses in primary care. We aim to investigate the factors associated with the use of practice nurse visits, and to compare these with the factors associated with GP use. We jointly model the use of practice nurse and GP visits using a bivariate probit regression model with a large set of covariates taken from two rounds of the Health Survey for England (2001, 2002). We find that practice nurse use is associated with age and gender, health, socioeconomic and supply variables. There are differences in the factors associated with practice nurse and GP use. Chronically ill patients are more likely to see a practice nurse, while acute ill health has a stronger association with the probability of seeing the GP. Practice nurse use is also correlated with a narrower range of health conditions compared with GP use. We also found differences between practice nurse and GP visits with respect to the association with economic activity, ethnic group, number of children, degree of urbanisation, and distance to practice.

Willcox, S., et al. (2011). "Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England, and the Netherlands." Issues in International Health Policy : 18, tabl.

Recent reforms in Australia, England, and the Netherlands have sought to enhance the quality and accessibility of primary care. Quality improvement strategies include postgraduate training programs for family physicians, accreditation of general practitioner (GP) practices, and efforts to modify professional behaviors—for example, through clinical guideline development. Strategies for improving access include national performance targets, greater use of practice nurses, assured after-hours care, and medical advice telephone lines. All three countries have established midlevel primary care organizations both to coordinate primary care health services and to serve other functions, such as purchasing and population health planning. Better coordination of primary health care services is also the objective driving the use of patient enrollment in a single general practice. Payment reform is also a key element of English and Australian reforms, with both countries having introduced payment-for-quality initiatives. Dutch payment reform has stressed financial incentives for better management of chronic disease

2010

Bertrand, J.-M. (2010). "Politiques et organisation des soins primaires en Europe et aux États-Unis : quels enseignements pour la France : avant-propos - présentation du dossier." Revue Française Des Affaires Sociales(3) : 124.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rR0x8JE9. Diffusion soumise à autorisation]. Le concept de soins primaires, défini par l'OMS en 1978, renvoie à l'organisation des soins de premier recours pour assurer à la fois l'accès à des soins de qualité, la continuité et la permanence des soins. Mais les situations sont très diverses en raison, notamment, de l'histoire de la construction de la protection sociale de chaque pays et de l'environnement économique et juridique.

Bourgueil, Y., et al. (2010). "Expériences nationales et internationales." Actualité Et Dossier En Santé Publique(73) : 38-58.

[BDSP. Notice produite par EHESP tEoolR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires forts sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations car plus équitables en termes d'accès aux soins. L'article interroge le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités et propose quelques pistes de réflexion. En Europe, la recherche sur les

inégalités sociales de santé concerne l'analyse des mécanismes de production des inégalités, surtout dans la perspective des trajectoires de vie et de l'impact des interventions et politiques de réduction de inégalités. Ailleurs dans le monde es inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité. C'est ce que nous enseignent les études effectuées à l'échelon international. Au Québec, la question des inégalités sociales de santé est d'actualité depuis plus de deux décennie, elle y est abordée avec une diversité de moyens innovants.

Kringos, D. S., et al. (2010). "The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators." Bmc Family Practice **11** : 8.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-11-81.pdf>

Scientific research has provided evidence on benefits of well developed primary care systems. The relevance of some of this research for the European situation is limited. There is currently a lack of up to date comprehensive and comparable information on variation in development of primary care, and a lack of knowledge of structures and strategies conducive to strengthening primary care in Europe. The EC funded project Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU) aims to fill this gap by developing a Primary Care Monitoring System (PC Monitor) for application in 31 European countries. This article describes the development of the indicators of the PC Monitor, which will make it possible to create an alternative model for holistic analyses of primary care.

Leung, M. C. M. (2010). "Primary care delivery, risk pooling and economic efficiency." European Journal of Health Economics (the) **11**(2) : 161-175, 161 fig.

The consequences of consumer-driven health care under different health insurance plans are studied by means of a game theoretic approach. Suitable demand-side cost-sharing can induce consumer behavior that avoids over-treatment when there are information asymmetries between providers and consumers, leading to the efficient recommendations and provision of treatment by providers. If under-treatment can be penalized, then a full insurance model that pays providers a fixed salary and fee-for-service or one that requires patients to present a referral letter before specialist care is delivered also achieves provision efficiency. The two models, however, yield higher welfare for consumers. Hence, the findings in this paper favor some amount of regulation in health-care markets.

Morin, L., et al. (2010). "Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France." Sante Publique **22**(5) : 581-592, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP BR0xsoIF. Diffusion soumise à autorisation]. Ledisease management développé aux États-Unis dans les années 90, est une démarche globale qui cherche à intégrer toutes les étapes de la prise en charge de la maladie chronique, de la prévention à l'éducation pour la santé. Sa mise en oeuvre se traduit aux États-Unis par le concept de Medical Home en Allemagne par des contrats incitant les médecins généralistes et les caisses de sécurité sociale à prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques, et au Royaume-Uni par des dispositifs favorisant la délégation de tâches et la coopération entre professionnels des soins primaires. En France, ce concept fait progressivement partie intégrante de la stratégie d'accroissement de la qualité des soins développée par l'Assurance Maladie en promouvant son développement encore expérimental sur les soins de premier recours. (R.A.).

Paris, V., et al. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Paper; 50. Paris OCDE : 136, tabl., annexes.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmxfq9qbnr-en

En 2008, l'OCDE a lancé une enquête auprès de ses pays membres pour recueillir une information sur les caractéristiques des systèmes de santé. Ce document présente l'information fournie par 29 pays en 2009. Il décrit comment chaque pays organise la couverture de la population contre les risques liés à la santé et le financement des dépenses de santé. Il dépeint l'organisation des soins, à travers le

caractère public/privé de l'offre de soins, les modes de paiement des prestataires, le choix de l'utilisateur et la concurrence entre prestataires, ainsi que la régulation de l'offre et des prix. Finalement, il donne une information sur la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités).

2009

Bourgueil, Y., et al. (2009). "Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)* (141) : 1-6.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

Cette étude, financée par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Irdes et notamment depuis janvier 2009, de l'équipe émergente Prospère (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours). Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada). L'évolution et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles.

Bourgueil, Y., et al. (2009). "La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français." *Sante Publique* 21(4) : S27-S38.

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement des médecins s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Parmi les facteurs explicatifs du regroupement, on relève, d'une part, une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système et, d'autre part, l'effet d'évolutions sociologiques, démographiques et épidémiologiques. Le regroupement s'accompagne souvent de règles et de pratiques nouvelles: mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin exerçant en groupe, développement de nouvelles coopérations entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains signes sont tangibles en France, précurseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

Bustachini, A. et Tedeschi, P. (2009). Primary care and interdisciplinary collaboration within primary care teams, Pisa : St Anna school of Advanced Studies
<http://www.nivel.nl/pdf/Primary%20care%20and%20interdisciplinary%20collaboration%20within%20primary%20care%20teams.doc>

The aim of this position paper is to appraise and address the issue of interdisciplinary collaboration (IdC) within primary care teams in order to highlight solutions which are likely to improve service delivery, quality of care, patient experience and satisfaction. We intentionally use the expression? primary care teams? for two reasons: on one hand, the diversity of primary care organisations and settings throughout Europe recommends for the use of a general term, on the other, the assumption that IdC is intrinsically related to ?teaming up? among different professionals for the benefit of patients.

Cumming, J., et al. (2009). Who Pays What for Primary Health Care? Patterns and Determinants of the Fees Paid by Patients in a Mixed Public-Private Financing Model. *Motu Working Paper 09-01*. Wellington Motu Economic and Public Policy Research : 32, tabl., fig.

http://motu-www.motu.org.nz/wpapers/09_01.pdf

The New Zealand government introduced a Primary Health Care Strategy (PHCS) in 2001 aimed at improving access to primary health care, improving health, and reducing inequalities in health. The Strategy represented a substantive increase in health funding by government and a move from a targeted to a universal funding model. This paper uses representative national survey data to examine the distribution of fees paid for primary health care by different individuals under the mixed public-private financing model in place prior to the introduction of PHCS. Using multivariate regression analysis, we find that fees do vary, with people who might be expected to have greater needs paying less. However, apart from people with diabetes, there is no direct link between self-reported health status and fees paid. The findings indicate that a mixed public-private financing model can result in a fee structure which recognises differences across different population groups. The findings also provide a baseline against which changes in funding brought about by the PHCS can be evaluated.

Gleave, S. (2009). *Across the Pond - Lessons from the US on Integrated Healthcare*. Londres Nuffield Trust: 39.

Despite its single-payer structure, the UK? NHS has often struggled to deliver integrated care to patients. The recent Government announcement of a pilot scheme for integrated care provides an opportunity to experiment with new, radical approaches. This report examines some of the specific lessons from the United States. It explains how integrated care operates ? across the pond?, describing the four main types of integrated care organisation. These descriptions are complemented by suggested lessons for the UK? health system in areas such as governance, incentivisation and risk management, and the use of information technology.

Hummers-Pradier, E., et al. (2009). *Research agenda for General Practice/ Family Medicine and Primary Health Care in Europe*. Maastricht European General Practice Research Network : 69.

The Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe aims to promote research in family medicine and to help family doctors to develop research proposals that are in line with the problems of practising physicians and their patients. It can also be seen as a tool for policy makers and other agencies interested in funding innovative research, since it identifies areas where research is needed. In that way, the agenda may be used as a guide for deciding about priorities in research at national or international levels.

Kroneman, M. D., et al. (2009). "Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005." *Bmc Health Services Research* 9(26) : 27, ann.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-26.pdf>

This study aims to gain insight into the international development of GP incomes over time through a comparative approach. The study is an extension of an earlier work (1975-1990, conducted in five yearly intervals). The research questions to be addressed in this paper are: 1) how can the remuneration system of GPs in a country be characterized? 2) How has the annual GP income developed over time in selected European countries? 3) What are the differences in GP incomes when differences in workload are taken into account? And 4) to what extent do remuneration systems, supply of GPs and gate-keeping contribute to the income position of GPs?

Magnussen, J., et al. (2009). *Nordic health systems. Recent reforms and current policy challenges*, Maidenhead : Open University Press

<http://www.euro.who.int/document/e93429.pdf>

This book examines recent patterns of health reform in Nordic health systems, and the balance between stability and change in how these systems have developed. The following themes are explored : politicians, patients and professions; financing, production and distribution; the role of primary health sector; the role of public health; internal management mechanisms; impact of the European region.

Morgan, D., et al. (2009). *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*. Paris OCDE : 182,

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

Page 399 sur 408

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

ann., graph., tabl.

La hausse des dépenses publiques de santé reste un problème dans pratiquement tous les pays de l'OCDE et de l'Union européenne. C'est pourquoi l'attention se porte de plus en plus sur les mesures qui atténueront ces pressions en améliorant la performance des systèmes de santé. Ce rapport présente un ensemble de politiques pouvant aider les pays à améliorer l'efficacité des systèmes de santé et ainsi à obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins. Un large éventail d'instruments d'action est examiné en tirant parti de données et d'études de cas portant sur de nombreux pays. Les thèmes suivants sont traités : le rôle de la concurrence sur les marchés de la santé ; les possibilités d'amélioration de la coordination des soins ; une tarification plus adaptée des produits pharmaceutiques ; un contrôle plus poussé de la qualité s'appuyant sur une utilisation plus intensive des technologies de l'information et de la communication pour les soins ; et un plus large partage des coûts.

Schoen, C., et al. (2009). "A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And experiences." *Health Affairs : Web Exclusive* **28**(6) : w1171-w1183, tabl.

This 2009 survey of primary care doctors in Australia, Canada, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom, and the United States finds wide differences in practice systems, incentives, perceptions of access to care, use of health information technology (IT), and programs to improve quality. Response rates exceeded 40 percent except in four countries: Canada, France, the United Kingdom, and the United States. U.S. and Canadian physicians lag in the adoption of IT. U.S. doctors were the most likely to report that there are insurance restrictions on obtaining medication and treatment for their patients and that their patients often have difficulty with costs. We believe that opportunities exist for cross-national learning in disease management, use of teams, and performance feedback to improve primary care globally.

2008

Fujisawa, E. et Lafortune, G. (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries: what are the factors influencing variations across countries ? *OECD Health Working Paper*; **41**. Paris OCDE : 61, tabl., fig.

<http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>

Ce document de travail présente une analyse descriptive de la rémunération des médecins dans 14 pays de l'OCDE pour lesquels on trouve des données raisonnablement comparables dans Eco-santé OCDE 2007 (Allemagne, Autriche, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Islande, Luxembourg, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni et Suisse). Les données sont présentées séparément pour les généralistes (omnipraticiens) et les spécialistes. La comparaison des niveaux de rémunération entre pays est faite sur la base d'une monnaie commune (le dollar américain, ajusté pour la parité des pouvoirs d'achat), ainsi qu'en rapport avec le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs dans chacun des pays. Cette étude constate qu'il y a de fortes variations dans les niveaux de revenu des généralistes entre les pays, et que les variations sont encore plus prononcées concernant les spécialistes. La rémunération des généralistes oscille entre deux fois le niveau du salaire moyen en Finlande et République tchèque, à un niveau trois fois et demi plus élevé aux États-Unis et en Islande. La rémunération des spécialistes varie encore plus, allant de une fois et demi à deux fois le salaire moyen pour les spécialistes salariés en Hongrie et en République tchèque, à cinq à sept fois plus élevé pour les spécialistes travaillant en mode libéral aux Pays-Bas, aux États-Unis et en Autriche. Une partie de la variation dans les rémunérations entre pays peut s'expliquer par l'utilisation de différentes méthodes de rémunération (par exemple, le salariat ou le paiement par acte pour les médecins libéraux), par le rôle joué par les généralistes en tant que médecin référent, par des différences dans la charge de travail (tel que mesuré, par exemple, par les heures de travail) et par le nombre de médecins par habitant. Cependant, ces facteurs institutionnels ou d'offre ne peuvent pas expliquer toutes les variations. Par ailleurs, lorsque l'on compare la rémunération des généralistes et des spécialistes dans chaque pays, cette étude indique que dans pratiquement tous les pays, la rémunération des spécialistes a eu tendance à augmenter plus rapidement que celle des généralistes

au cours des dix dernières années, creusant encore plus l'écart. Cet écart grandissant a probablement contribué à l'augmentation du nombre et de la part des spécialistes dans le nombre total de médecins dans la plupart des pays au cours de la dernière décennie, et à accroître les inquiétudes concernant une pénurie de généralistes.

Lee, T. H. (2008). "The future of primary care: the need for reinvention." New England Journal of Medicine (The) **359**(20) : 2085-2086.

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp0805766?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Nolte, E. (éd.), et al. (2008). Managing chronic conditions. Experience in eight countries, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf

One of the greatest challenges facing health systems in the 21st century is the need to develop effective approaches to address the growing burden of chronic disease. Chronic diseases are complex and require a long-term, multifaceted response that coordinates inputs from a wide range of health professionals, essential medicines and ? where appropriate ? monitoring equipment, all of which is optimally embedded within a system that promotes patient empowerment. With many health systems still largely built around an acute, episodic model of care, health professionals, policy-makers and patient organizations struggle to respond in ways that meet the needs of people with complex chronic health problems. This book examines the health system response to the rising burden of chronic disease in eight countries (Denmark, England, France, Germany, the Netherlands, Sweden, Australia and Canada). It provides a detailed assessment of the current situation, a description of the policy framework and future scenarios, as well as evaluation and lessons learned. It shows that many different strategies are being implemented, with different models of care at varying degrees of development, and with differing comprehensiveness. Perhaps not surprisingly, the approaches adopted often reflect the characteristics of each health system, each with its own governance mechanisms and relationships between, and responsibilities of, different stakeholders. Nonetheless, there are many lessons for those seeking to develop effective responses to this common challenge.

Singh, D. (2008). How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Policy brief : Health systems and policy analysis. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe : 30, tabl., fig., ann.

S'appuyant sur une synthèse descriptive des travaux de recherche, et considérant les solutions et services qui ont été mis à l'essai dans différents contextes, la présente synthèse résume les principales conclusions concernant la manière dont les programmes de prise en charge des maladies chroniques peuvent être mis en œuvre dans différents contextes, organisations et arrangements de financement. La mise en relief des composantes des stratégies de lutte contre les maladies chroniques qui donnent les meilleurs résultats vise à résumer les principaux points de manière que les décideurs puissent examiner dans quelle mesure ces facteurs entrent en jeu dans leur pays ou s'ils pourraient être pris en compte et comment.

2006

Bourgueil, Y., et al. (2006). "Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(57) : 257.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee57.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE KR0xXAUP. Diffusion soumise à autorisation]. Les sept pays sélectionnés dans le cadre de cette étude - Allemagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Canada (Québec et Ontario) - présentent une variété de configurations d'organisation de l'offre de soins primaires. Celle-ci diffère grandement selon les pays et renvoie aux principes structurant l'organisation générale du système de soins. Ainsi, une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes

monodisciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), et, d'autre part, les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmières (Finlande, Royaume-Uni, Suède). Ces modèles dominants de délivrance de soins dessinent des configurations différentes de la collaboration entre médecins et infirmières.

Bourgueil, Y., et al. (2006). "Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (116) : 6.

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et a bénéficié d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a donné lieu à la publication d'une synthèse dans le rapport annuel 2005 de l'ONDPS et à un rapport IRDES en juin 2006. Ce " Questions d'économie de la santé " présente la première partie des résultats relatifs aux principaux enseignements de la revue de la littérature internationale consacrée aux politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé. Une prochaine édition présentera les résultats d'une enquête recensant en France les mesures nationales, régionales et locales qui visent à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. Ces résultats seront analysés en regard des conclusions de la revue de la littérature.

Bourgueil, Y., et al. (2006). Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Rapport Irdes. Paris Irdes : 69, tabl., ann.

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>

Les objectifs de cette étude sont de recenser les mesures publiques visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé en France ; d'analyser leurs caractéristiques (nature, évaluation, efficacité ?) et de les mettre en perspective, notamment au regard de la littérature internationale. Ce rapport en présente les principaux enseignements au travers des trois parties suivantes : une revue de la littérature internationale consacrée à l'évaluation des politiques visant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé ; un recensement et une analyse des mesures nationales visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé mises en œuvre en France ; l'identification et l'analyse des mesures régionales et locales au moyen d'une enquête par questionnaire menée en 2005 auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et d'entretiens ciblés dans trois régions.

Meads, G., et al. (2006). Primary care in the twenty-first century : an international perspective, Abington : Radcliffe Publishing Company

What is really happening in the world of primary care today? This is an easy to read, no-nonsense account that provides a comprehensive and accessible overview of primary care theory and reviews the future of general practice from an international perspective. Particular emphasis is placed on innovations in developing countries and lessons for modernising primary care organisations in the West. There are also helpful healthcare system summaries of twenty-four countries. Primary Care in the Twenty-first Century provides a vital overview for healthcare policy makers and shapers. Primary healthcare professionals with an interest in learning from best practice from around the world will find this book invaluable, as will students of medicine and nursing, and international health and patient organisations. This book is a welcome addition to the literature on international primary care. It illuminates the importance of comparative models in different healthcare systems and deals systematically with the subject. Understanding the issues that face primary care teams around the world is an important concept in preparing for future challenges and this book clearly, concisely and very readably summarises the global story.

Schoen, C., et al. (2006). "On the front lines of care: Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries." Health Affairs : Web Exclusive 25: 555-571, tabl.

This 2006 survey of primary care physicians in Australia, Canada, Germany, New Zealand, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States reveals striking differences in elements of practice systems that underpin quality and efficiency. Wide gaps exist between leading and lagging countries in clinical information systems and payment incentives. U.S. physicians are among the least likely to have extensive clinical information systems or incentives targeted on quality and the most likely to report that their patients have difficulty paying for care. Disease management capacity varies widely. Overall, findings highlight the importance of nationwide policies: Policy changes in the United States could lead to improved performance. [Health Affairs 25 (2006): w555-w571 (published online 2 November 2006; 10.1377/hlthaff.25.w555)]

Westert, G. P. et al. (2006). Morbidity, performance and quality in primary care : Dutch general practice on stage, Oxford : Radcliffe Publishing

This book is based on the findings of a nationwide study, the aim of which was to analyse general practitioners' performance as gatekeepers of the Dutch healthcare system. The study was undertaken along six themes: the health of the population; inequalities in health; utilisation of care; quality of care; communication; organisation and workload. The international interest in the Dutch situation is reflected in several chapters, where experts from all over the world put Dutch general practice into an international perspective.

2005

Bourgueil, Y., et al. (2005). "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec." Questions D'Economie de la Sante (Irdes) (95) : 12.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

Saltman, R. B. et al. (2005). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, Buckingham : Open University Press

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf

What is the best way to structure primary care services? How can coordination between primary care and other parts of health care systems be improved? How should new technologies be integrated into primary care? There is considerable agreement among national policy makers across Europe that, in principle, primary care should be the linchpin of a well-designed health care system. This agreement, however, does not carry over into the organizational mechanisms best suited to pursuing or achieving this common objective. Across western, central and eastern Europe, primary care is delivered through a wide range of institutional, financial, professional and clinical configurations. This book is a study of the reforms of primary care in Europe as well as their impacts on the broader co-ordination mechanisms within European health care systems. It also provides suggestions for effective strategies for future improvement in health care system reform.

2004

Schoen, C., et al. (2004). "Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries."

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

Health Affairs : Web Exclusive **23(6)** : 487-503, tabl.

This paper reports on a 2004 survey of primary care experiences among adults in Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States. The survey finds shortfalls in delivery of safe, effective, timely, or patient-centered care, with variations among countries. Delays in lab test results and test errors raise safety concerns. Failures to communicate, to engage patients, or to promote health are widespread. Aside from clinical preventive care, the United States performs poorly on most care dimensions in the study, with notable cost-related access concerns and short-term physician relationships. Contrasts across countries point to the potential to improve performance and to learn from international initiatives.

Simoens, S. et Giuffrida, A. (2004). "The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison." Applied Health Economics and Health Policy **3(1)** : 39-46.

This article reviews policies on physician payment methods that Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries have implemented to promote an efficient deployment of physicians. Countries' experiences show that payment by fee-for-service, capitation and salary influences physician activity levels and productivity. However, the impact of these simple payment methods is complex and may be diluted by clinical, demographic, ethical and organisational factors. Policies that have attempted to curb health expenditure by controlling fee levels have sometimes been eroded by physicians increasing the volume of service supply, or providing services that attract higher fees. Flexible blended payment methods based on the combination of a fixed component, through either capitation or salary, and a variable component, through fee-for-service, may produce a desirable mix of incentives. Integrating such blended payment methods with mechanisms to monitor physician activity may offer potential success.

Szende, A. et Mogyorosy, Z. (2004). "Health care provider payment mechanisms in the new EU members of central Europe and the Baltic states." European Journal of Health Economics (the) **5(3)** : 259-262, tab., graph.

2003

Cozzarolo, B., et al. (2003). Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. Paris IGF : 198, ann.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000159.pdf>

Centré sur l'étude comparée de l'organisation, du fonctionnement et des performances de la médecine ambulatoire dans quelques pays occidentaux développés, comme la lettre de mission des ministres le demandait, ce rapport s'est appliqué plus particulièrement à l'analyse des mécanismes de régulation de l'offre et de la demande de soins ainsi que des innovations les plus récentes en ce domaine d'autre part. L'étendue du champ de l'étude et les délais dont disposait la mission n'ont pas permis d'étudier, avec le soin et la précision souhaités, la formation des revenus des médecins et des professionnels de santé ainsi que la gestion de la démographie médicale des pays étudiés : Allemagne, Pays-Bas, Etats-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande.

Kuhn, M. (2003). Quality in primary care: economic approaches to analysing quality-related physician behaviour. Londres OHE : 153, 159 graph., tabl.

Ce rapport tente de comprendre quelles sont les incitations qui peuvent encourager les médecins à accroître la qualité de leurs soins et comment celles-ci sont également modelées par l'organisation des soins primaires dans les systèmes de santé. Les trois premières parties sont générales : soins primaires dans les systèmes de santé européennes, conceptualisation de la qualité en soins primaires, vue d'ensemble des intérêts des médecins et des incitations à la qualité. Les chapitres suivants analysent différents types d'incitations ou de déterminants qui peuvent jouer en matière de qualité de soins : réponse à la demande et compétition (asymétrie d'information médecin - patient, possibilité de

changer de médecin?); rémunération des médecins et répercussions sur la qualité (budgets fixes, salaire, capitation, paiement à l'acte); régulation (rémunération individuelle à la performance, guides cliniques et variations de pratique); motivations intrinsèques et sociales (altruisme, satisfaction professionnelle, statut social?); auto-régulation et gouvernance clinique (réputation collective, autocontrôle individuel, auto-régulation de la profession, contrôle externe?); implications de l'organisation du secteur des soins primaires sur la qualité (selon une dimension horizontale ou verticale du système de santé).

Saltman, R. B. (2003). Primary care in the driver's seat? The John Fry fellowship lecture. Londres The Nuffield Trust : 35, tabl., graph.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/primary-care-in-drivers-seat-web-final.pdf>

This paper focuses on specifically structural and organisational issues on primary care, and does so in three parts. First, adopting the Swedish concept of mapping, the paper presents a broad overview of what appears to be changing in terms of primary care and general practice across western Europe. The second section considers the controversial topic of the credibility of GPs, an intriguing issue on which my observations may indeed depart from those of some colleagues from the book. Finally, drawing on the first two segments - on the mapping segment and the credibility issue - the paper then looks at the driver's seat question, considering whether general practitioners or primary care ought to be responsible for steering the broad health care system.

2002

Chevrier-Fatome, C., et al. (2002). L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire : étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas. Paris IGAS : 59, ann.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000455/index.shtml>

Le présent rapport compare de façon synthétique les dispositifs d'encadrement et de contrôle de la médecine ambulatoire dans quatre pays : Allemagne, Pays-Bas, Angleterre et Etats-Unis et propose, à partir des observations étrangères, des évolutions pour le système national français. Le document comprend trois parties : données générales sur le contexte de l'encadrement de la médecine ambulatoire ; les outils de régulation : constats généraux sur l'encadrement de la médecine de ville, régulation par le contrôle de l'offre et du coût des soins, régulation par l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et par l'organisation ; axes de réflexion et recommandation pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville en France.

1998-1984

Boerma, W. G. W. et Fleming, D. M. (1998). The role of general practice on primary health care, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Wensing, M., et al. (1998). "General practice care and patients' priorities in Europe : an international comparison." Health Policy 45(3) : 175-186, 110 tabl.

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

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

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

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

Chicago : The University of Chicago Press

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

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

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

Ressources électroniques sur les soins primaires

FRANCE

[Ameli \(Portail de la Cnam\)](#)

Le régime général de l'assurance maladie met en ligne sur son portail différentes informations statistiques sur les professions de santé libérales :

- Des données sur la démographie et la densité médicale, le mode de conventionnement...avec une évolution depuis 2000 ;
- Des données sur l'activité et la prescription ;
- Des données sur les honoraires ;
- Des informations sur la patientèle.

[CCAM \(Classification Commune des Actes Médicaux\)](#)

La CCAM est le nouveau référentiel qui remplace les deux nomenclatures suivantes : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en secteur libéral et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) en secteur hospitalier.

[Cartographie interactive de la démographie médicale](#)

Mis au point par le conseil national de l'Ordre des médecins, cet outil permet de se renseigner sur le nombre des médecins selon les spécialités dans toutes les régions de France jusqu'à l'échelle des bassins de vie.

[Diplômes des professions de santé dans chaque pays de l'UE](#)

Le site de la Commission européenne fournit des infos sur la reconnaissance des diplômes dans chaque pays de l'UE et pour différentes professions (dont les médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, et infirmiers), précise les modalités pour y travailler, et liste les points de contact pour s'enregistrer auprès des instances du pays.

[Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé](#)

La Fédération Nationale des Maisons de Soins et de Santé regroupe l'ensemble des fédérations régionales et des professionnels de santé impliqués dans des projets type Maison de santé, Pôle de santé ou Maison de

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

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

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.epub

soins, et préoccupés par des modes nouveaux de prise en charge globale et coordonnée de la santé. Son site présente ses travaux de réflexion politique, les articles de loi du Code de Santé Publique concernant les maisons et pôles de santé, des documents destinés aux professionnels travaillant dans ce type de structure.

Les métiers de la santé

Fiches métiers réalisées par le Ministère de la santé sur les professions de médicales, paramédicales et la filière administrative en santé : métier, formation, cycles d'études, diplômes, lieux de formation...

Medileg

Base de données concernant l'environnement juridique et réglementaire de l'acte médical : textes légaux dont le code de déontologie

Ministère chargé de la santé – Drees

Le portail du Ministère chargé de la santé met en ligne différents dossiers relatifs aux professions de santé, voir sous « [Grands dossiers](#) » et la thématique « [Système de santé et médico-social](#) » :

- Pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux ;
- Pôles, maisons et centres de santé ;
- Permanence et continuité des soins ;
- Paerpa ;
- Le règlement arbitral ;
- La e-santé.

La Drees met en ligne via son portail de données : [Open data](#), des informations sur les professions de santé (démographie, activités, pratiques...).

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

On y accède via l'espace santé du portail du ministère de la santé (rubrique études, recherches et statistiques). On y trouve une présentation de l'observatoire, ses missions, ses travaux en cours ainsi que les différents rapports produits.

Paps – Portail d'accompagnement des professionnels de santé

Ce portail national se décline régionalement sous le pilotage de chaque Agence régionale de santé. Ces sites ont pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches à chaque étape de leur vie professionnelle selon trois axes : « Je me forme », « Je m'installe », « J'exerce » Ils fournissent des informations sur neuf professions : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et les pédicures-podologues. Ce portail rénové propose plus d'informations pratiques (questions-réponses, des cursus illustrés, des informations sur les différents modes d'exercice, des cartographies ciblées, le recours à un interlocuteur direct, des contacts de proximité...

Profession infirmière

Ce site a pour objectif de parler de la profession infirmière et est dédié aux infirmiers confirmés, étudiants infirmiers ou futurs étudiants.

Société Française de Médecine Générale (SFMG)

La SFMG est une société savante constituée de médecins généralistes, comptant 1200 membres La SFMG est une société savante constituée de médecins généralistes, comptant 1200 membres associés et titulaires. Son but est de contribuer à la formation universitaire et post-universitaire des médecins, à l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration du système de soins.

Afin de réaliser ses objectifs, elle propose sur son site plusieurs outils :

- un dictionnaire des résultats de consultation (DRC).
- un Observatoire de la Médecine Générale (OMG) : (<http://omg.sfm.org/>), source d'informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. Bien qu'il ne soit plus en activité, la SFMG a décidé de laisser en accès libre les données déjà en ligne.

Son site permet le téléchargement des publications de la SFMG ainsi que des thèses soutenues en médecine générale.

Son site permet le téléchargement des publications de la SFMG ainsi que des thèses soutenues en médecine générale.

A L'INTERNATIONAL

[European forum for primary care](#)

The European Forum for Primary Care a été créée en 2005 par un groupe d'acteurs en soins primaires issus de plusieurs pays européens. Le but de ce forum est d'améliorer la santé de la population par la promotion des soins de santé primaires. Son ambition est de contribuer à une réflexion sur l'organisation des soins primaires, leur place dans les différents systèmes de santé, etc.

Son site vise à favoriser les échanges entre tous les acteurs de soins primaires européens. Il met en ligne tous ses documents d'orientation sur les maladies chroniques et la santé au travail (certains sont accessibles uniquement aux membres du Forum) et soumis à discussion. Il publie également les consultations publiques lancées par l'Union européenne concernant la santé publique et les réponses apportées par le Forum.

[EURES, le portail européen de la mobilité de l'emploi](#)

Eures est un portail sur la mobilité de l'emploi, créé par la direction Emploi et Affaires sociales de la Commission européenne, pour fournir une aide à tous ceux qui souhaiteraient travailler dans un autre pays de l'Union européenne. Sur le site, des informations pratiques pour aller « Vivre et travailler » dans un pays : le marché du travail, les conditions de vie et de travail (dont reconnaissance des diplômes, organisation de la sécurité sociale, couverture sociale). Le site propose également un service de dépôt de CV, et une base d'offres d'emploi qui permet, par exemple, de rechercher des emplois de « Travailleurs de la santé et des sciences de la vie ». Enfin, la rubrique « Education et formation » a pour objectif de fournir des informations sur les possibilités d'éducation et de formation qui existent dans toute l'Europe.

[Wonca](#)

Wonca est l'acronyme de "World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians" ou plus simplement « World Organization of Family Doctors » : c'est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille. Créée en 1972, elle réunit plus de 200 000 médecins dans 79 pays différents. La Wonca a pour mission principale d'œuvrer à améliorer la vie des populations du monde par la promotion des valeurs de la médecine générale/médecine de famille. La Wonca encourage et soutient le développement des académies et sociétés scientifiques de médecine générale notamment dans les pays où le système de santé est en émergence ou en restructuration. Elle favorise les échanges de savoir-faire et d'information entre ses organisations membres et représente la médecine générale/médecine de famille, au travers de ses trois valences : recherche, enseignement et qualité des soins, auprès des organisations mondiales de santé. Son site présente la Wonca, des revues de littérature, une liste des revues spécialisées en médecine générale, des revues cliniques, des synthèses d'articles, des listes de discussion, des ressources pour la formation continue et des annonces de congrès.

La branche Europe de Wonca est accessible à l'adresse suivante : <http://www.woncaeurope.org/>

► [Et voir aussi sur le site de l'Irdes](#) :

- [Les communications du colloque Irdes/Prosper/Drees sur les soins primaires \(octobre 2009\)](#) ;
- Les sites et adresses utiles : [entrées par pays](#).