

Académie d'Orléans-Tours
Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Par
MERAT Noémie
Née le 21/07/1985 à Troyes

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2016

**Quelles modalités organisationnelles sont mises en place par les systèmes de santé en
Allemagne, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et au Québec concernant les
missions des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur
territoire ?**

Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean ROBERT

Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER

Monsieur le Professeur François MAILLOT

Monsieur le Docteur Éric DRAHI

Résumé :

En France, le sentiment de pénurie de médecins généralistes est de plus en plus important chez les usagers de la santé. Il s'y ajoute une répartition inhomogène des médecins sur l'ensemble du territoire métropolitain français. Le but de ma recherche était de savoir si d'autres pays rencontraient cette même situation et par quels mécanismes ils tentaient d'y remédier.

Cette thèse est une revue de la littérature. Elle est uniquement descriptive. Elle décrit les différents mécanismes mis en place par les pays concernant les rôles des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire, mais n'évalue pas leur efficacité.

Bien que les systèmes de santé des pays étudiés aient en commun une base bismarckienne ou beveridgienne, leur organisation actuelle dans chaque pays est unique et complexe : elle est le fruit de réformes successives propres à chaque pays. Ces organisations ne peuvent donc pas être comparées entre elles.

La place centrale accordée depuis de nombreuses années aux soins primaires en Angleterre et aux Pays-Bas est associée à une répartition homogène des médecins généralistes sur leur territoire. Cette place centrale se traduit notamment par le rôle de gatekeeper qu'occupent les médecins généralistes.

Dans les pays désirant réguler le nombre total de médecins, un mécanisme de *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine est instauré.

Tous les pays étudiés rencontrant des difficultés concernant la démographie médicale et la répartition des médecins généralistes sur leur territoire instaurent le même type de régulations. Ces mécanismes sont utilisés durant les études médicales, lors de l'installation du médecin et au moment de la retraite.

Les mécanismes incitatifs sont majoritairement des avantages financiers à s'installer en zone déficitaire en médecins généralistes et à poursuivre son activité au lieu de prendre sa retraite.

Les mécanismes désincitatifs interdisent l'installation des médecins généralistes dans les zones estimées suffisamment pourvues.

Malgré le peu de modalités de régulation mis en place, le seul pays de notre étude à ne pas rencontrer de problèmes concernant à la démographie médicale et à la répartition des médecins généralistes sur son territoire est les Pays-Bas.

What organizational arrangements are established by health systems in Germany, England, France, the Netherlands and Quebec on General Practitioner's role, their distribution and demography on their territory?

ABSTRACT :

In France, the feeling of penury of general practitioners is more and more important for patient. An inhomogeneous distribution of physicians throughout the French metropolitan territory is added to this situation. The purpose of my research was if other countries faced the same situation and which mechanisms they tried in order to fix it.

This thesis is a literature review. It is only based on description. It describes the various mechanisms put in place by countries regarding general practitioners' role, distribution and demography on their territory but did not assess their effectiveness.

Though countries that are studied share a Bismarck or Beveridge health systems, their current organization in each country is unique and complex. This is resulting from successive reforms specific to each country. These organizations can't be compared.

For many years, England and the Netherlands have been given a central position to primary care. This position is essential for good distribution of GPs in their territory. GPs have central position by their role of gatekeeping.

In countries wishing to regulate the total number of physicians, a numerus clausus at the entrance to medical school is established.

All countries studied in this thesis with problem on medical demography and distribution of general practitioners on their territory have established the same type of regulations. These mechanisms are used during medical studies, when the doctor's setting in and when he is retiring.

The incentive mechanisms are mainly financial benefits to settle in a deficit area by GPs and to continue to practice instead of retiring.

The disincentive mechanisms prohibit the installation of GPs in areas estimated sufficiently equipped.

Despite the few regulatory arrangements in place, the only country in our study that did not encounter problems with the medical demography and distribution of general practitioners in the territory is the Netherlands.

MOTS CLES :

Système de santé, démographie médicale, répartition territoriale, pénurie médecins généralistes, numerus clausus, gatekeeper, politique organisationnelle, priorités en santé.

KEYWORDS :

Health system, medical demography, territorial distribution, penury of general practitioners, numerus clausus, gatekeeper, health care, health manpower.

Liste enseignants Faculté Médecine de TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-
2004 Professeur Dominique PERROTIN –
2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
ARBEILLE Philippe Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique Cardiologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
Mme BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
MM. BARON Christophe Immunologie
BERNARD Louis Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian Chirurgie infantile
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck Urologie
BUCHLER Matthias Néphrologie
CALAIS Gilles Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain Pédiatrie

COLOMBAT Philippe Hématologie, transfusion

CONSTANS Thierry Médecine interne, gériatrie

CORCIA Philippe Neurologie

COSNAY Pierre Cardiologie

COTTIER Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale

COUET Charles Nutrition

DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....Chirurgie digestive

DE TOFFOL Bertrand Neurologie

DEQUIN Pierre-François Thérapeutique

DESTRIEUX Christophe Anatomie

DIOT Patrice Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague . Anatomie & cytologie pathologiques

DUCLUZEAU Pierre-Henri Médecine interne, nutrition

DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

EL HAGE Wissam Psychiatrie adultes

EHRMANN Stephan Réanimation d'urgence

FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOUQUET Bernard Médecine physique et de réadaptation

FRANCOIS Patrick Neurochirurgie

FROMONT-HANKARD Gaëlle Anatomie & cytologie pathologiques

FUSCIARDI Jacques Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ;
médecine d'urgence

GAILLARD Philippe Psychiatrie d'adultes

GOGA Dominique Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

GOUDEAU Alain Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice Biologie et médecine du développement et de la
reproduction

GUILMOT Jean-Louis Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire

GUYETANT Serge Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel..... Hématologie, transfusion

HAILLOT Olivier Urologie

HALIMI Jean-Michel Thérapeutique

HANKARD Régis Pédiatrie

HERAULT Olivier Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis Radiologie et imagerie médicale

Mme HOMMET Caroline Médecine interne, gériatrie

MM. HUTEN Noël Chirurgie générale

LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
médecine d'urgence

LARDY Hubert Chirurgie infantile

LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie

LEBRANCHU Yvon Immunologie

LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie

LESCANNE Emmanuel Oto-rhino-laryngologie

LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie

LORETTE Gérard Dermato-vénéréologie

MACHET Laurent Dermato-vénéréologie

MAILLOT François Médecine interne, gériatrie

MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie

MARRET Henri Gynécologie-obstétrique

Mme MARUANI Annabel Dermatologie-vénéréologie

MM. MEREGHETTI Laurent Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MORINIERE Sylvain Oto-rhino-laryngologie

Mme MOUSSATA Driffa Gastro-entérologie

MM. MULLEMAN Denis Rhumatologie

ODENT Thierry Chirurgie infantile

PAGES Jean-Christophe Biochimie et biologie moléculaire

	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M. BAKHOS David Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne Cardiologie
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric Physiologie
Mme CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
M. DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mmes DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .. Anatomie et cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice	Cardiologie
----	----------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À mon directeur de thèse, Mr le Docteur Éric Drahi,

Je vous remercie pour votre patience, votre soutien et vos conseils avisés tout au long de ce travail. Votre exigence et votre souci du détail m'ont incitée à approfondir ma réflexion.

Au Président de mon jury, Mr le Professeur Emmanuel RUSCH et aux Membres de mon jury, Monsieur le Professeur Jean ROBERT, Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER et Monsieur le Professeur François MAILLOT,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de me faire l'honneur de le juger. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Jean-Pierre Jacquet, chargé des relations internationales au Collège de la Médecine Générale,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de l'aide apportée durant mes recherches en me communiquant les contacts de vos homologues dans les pays étudiés. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Bernard Fournier,

Vous êtes le premier à m'avoir encouragé dans mes recherches pour ce travail. Votre intérêt pour cette étude n'a pas faibli malgré la durée nécessaire à son aboutissement et la distance qui nous sépare. J'en suis touchée et reconnaissante.

À Cédric mon mari,

Ton soutien dans mes moments de doutes, ton calme durant mes tempêtes, sans oublier tes compétences informatiques ont permis à ce travail de voir le jour !
Merci tout simplement !

À ma maman,

Merci pour tes encouragements, ton soutien, ta patience, et ton écoute durant toutes ces années d'études !

À Souris, mon chat,

Pour tes ronronnements quotidiens : les meilleurs antidépresseurs et anxiolytiques au monde !

Table des matières

Résumé :	2
Liste enseignants Faculté Médecine de TOURS	5
Serment d'Hippocrate	13
Remerciements.....	14
1 Introduction.....	21
2 Matériels et Méthodes.....	24
3 Résultats	26
3.1 Généralités	26
3.2 ALLEMAGNE.....	29
3.2.1 Système de santé allemand.....	30
3.2.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé allemand	30
3.2.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé allemand	32
3.2.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé allemand	32
3.2.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en Allemagne	33
3.2.2.1 Démographie médicale en Allemagne	33
3.2.2.1.1 Densité de médecins par habitant	33
3.2.2.1.2 Répartition sur le territoire	33
3.2.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins.....	34
3.2.2.1.4 Féminisation de la profession	34
3.2.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin	35
3.2.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en Allemagne.....	35
3.2.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	35
3.2.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études.....	36
3.2.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation.....	37
3.2.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en Allemagne	38
3.2.2.3.1 Mesures incitatives.....	38
3.2.2.3.2 Mesures désincitatives	38
3.2.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés.....	40
3.2.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en Allemagne ...	41
3.2.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	41
3.2.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	41
3.2.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes	43
3.3 ANGLETERRE.....	44
3.3.1 Système de santé anglais	45

3.3.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé anglais	45
3.2.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé anglais	48
3.2.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé anglais	49
3.3.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en Angleterre	50
3.3.2.1 Démographie médicale en Angleterre	50
3.3.2.1.1 Densité de médecins par habitant	50
3.3.2.1.2 Répartition sur le territoire	51
3.3.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins	52
3.3.2.1.4 Féminisation de la profession	52
3.3.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin	52
3.3.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en Angleterre	52
3.3.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	52
3.3.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études	53
3.3.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation	54
3.3.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en Angleterre	54
3.3.2.3.1 Mesures incitatives	54
3.3.2.3.2 Mesures désincitatives	54
3.3.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés	56
3.3.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en Angleterre	56
3.3.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	57
3.3.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	58
3.3.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes	59
3.4 FRANCE	60
3.4.1 Système de santé français	61
3.4.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé français	61
3.4.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé français	65
3.4.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé français	66
3.4.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en France	67
3.4.2.1 Démographie médicale en France	67
3.4.2.1.1 Densité de médecins par habitant	67
3.4.2.1.2 Répartition sur le territoire	68
3.4.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins	70
3.4.2.1.4 Féminisation de la profession	70
3.4.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin	70

3.4.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en France	71
3.4.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	71
3.4.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études	72
3.4.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation	73
3.4.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en France	74
3.4.2.3.1 Mesures incitatives	74
3.4.2.3.2 Mesures désincitatives	76
3.4.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés	77
3.4.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en France	78
3.4.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	78
3.4.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	79
3.4.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes français	81
3.5 PAYS-BAS	83
3.5.1 Système de santé hollandais	84
3.5.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé hollandais	84
3.5.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé hollandais	86
3.5.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé hollandais	86
3.5.2. Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes hollandais	86
3.5.2.1 Démographie médicale aux Pays-Bas	86
3.5.2.1.1 Densité de médecins par habitant	87
3.5.2.1.2 Répartition sur le territoire	87
3.5.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins	88
3.5.2.1.4 Féminisation de la profession	88
3.5.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin	88
3.5.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale aux Pays-Bas	88
3.5.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	88
3.5.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études	89
3.5.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation	90
3.5.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation aux Pays-Bas	90
3.5.2.3.1 Mesures incitatives	90
3.5.2.3.2 Mesures désincitatives	90
3.5.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés	91
3.5.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé aux Pays-Bas	91
3.5.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	91
3.5.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	92

3.5.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes	93
3.6 QUEBEC	94
3.6.1 Système de santé québécois	95
3.6.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé québécois.....	95
3.6.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé québécois.....	96
3.6.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé québécois.....	97
3.6.2. Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes québécois	97
3.6.2.1 Démographie médicale au Québec	97
3.6.2.1.1 Densité de médecins par habitant	98
3.6.2.1.2 Répartition sur le territoire	98
3.6.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins.....	99
3.6.2.1.4 Féminisation de la profession	99
3.6.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin	99
3.6.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale au Québec	100
3.6.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	100
3.6.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études	102
3.6.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation.....	102
3.6.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation au Québec ...	104
3.6.2.3.1 Mesures incitatives.....	104
3.6.2.3.2 Mesures désincitatives	105
3.6.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés.....	106
3.6.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé au Québec.....	107
3.6.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	107
3.6.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	108
3.6.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes	109
3.7 Tableau récapitulatif	110
4 Discussion	112
4.1 Forces et faiblesses.....	112
4.2 Choix des pays	112
4.3 Généralités	113
4.4 Les systèmes de santé	114
4.4.1 L'organisation actuelle des systèmes de santé	114
4.4.2 Place des soins primaires dans les systèmes de santé	115
4.4.3 La cogestion du système de santé.....	115

4.5 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes	116
4.5.1 Démographie médicale	116
4.5.1.1 La densité de médecins	116
4.5.1.2 La répartition sur le territoire.....	117
4.5.1.3 Moyenne d'âge des médecins.....	118
4.5.1.4 Le taux de féminisation de la profession médicale	118
4.5.1.5 Le nombre d'heures travaillées	119
4.5.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale.....	120
4.5.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine	120
4.5.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études	121
4.5.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation.....	123
4.5.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation	124
4.5.3.1 Mesures incitatives pour les médecins généralistes à l'installation	124
4.5.3.2 Mesures désincitatives pour les médecins généralistes à l'installation.....	126
4.5.3.3 Incitation aux exercices regroupés.....	127
4.5.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé	127
4.5.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes	127
4.5.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes	128
4.5.5 Fin de carrière des médecins généralistes	129
4.6 Point de vue personnel.....	130
5 Conclusion	133
6 Bibliographie.....	140
7 Annexes	145
7.1 Annexe 1 : questionnaire en français.....	145
Questionnaire international sur la démographie médicale, le rôle des médecins généralistes et les modalités organisationnelles des systèmes de santé de 5 pays	145
7.2 Annexe 2 : questionnaire en anglais	150
International questionnaire on medical demography, the role of general practitioners and the organization arrangements of health systems 5 countries	150

1 Introduction

De novembre 2013 à mars 2016, j'ai remplacé des médecins généralistes au sein de cabinets libéraux en région Centre, dans le département du Loiret, en semi-rural. Dès le début de mes remplacements, j'ai été surprise du nombre de patients me demandant quotidiennement si, et quand, je comptais m'installer dans leur village. Leurs inquiétudes étaient de plus en plus croissantes notamment face au délai d'attente des rendez-vous chez leur médecin généraliste, vis-à-vis de la diminution du nombre de médecins dans leur canton ou de l'approche du départ en retraite de leur médecin traitant qui ne trouvait pas de successeur.

Devant ces réflexions quotidiennes, je me suis demandée si leurs craintes étaient fondées.

Un sondage réalisé en octobre 2015 par le collectif inter associatif sur la santé, montrait que les délais d'attente étaient la difficulté la plus fréquente. 63% des Français déclaraient en effet avoir déjà été au moins une fois dans l'impossibilité de consulter un médecin (généraliste et / ou spécialiste) dans un délai raisonnable. Plus précisément, près de 30 % des Français avaient déjà été dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste, et ce chiffre grimpeait à 55% concernant la consultation d'un spécialiste. De nombreux habitants ne trouvaient plus de médecin acceptant de devenir leur « médecin traitant ». [1]

Depuis 2007, les effectifs des médecins généralistes en France ont connu une diminution de 6.5%. [2]

Dans certaines régions et surtout dans certains départements, les variations sur ces 7 dernières années étaient bien plus importantes. En 2015, 46 départements métropolitains ont enregistré une baisse des effectifs des médecins généralistes en activité. [2]

Avec le vieillissement de la population est apparue une augmentation des maladies chroniques qui a fait augmenter la demande de soins.

La transition épidémiologique vers les maladies chroniques correspond à l'augmentation continue de la prévalence des pathologies chroniques. Ces dernières sont devenues la principale cause de morbidité en prenant la place des pathologies aiguës, notamment les maladies infectieuses. Les maladies chroniques sont devenues le principal motif de consultation en médecine générale. [3]

Cette transition a considérablement modifié les pratiques des soignants et a mis au défi l'organisation de notre système de soins.

Jusqu'ici, notre organisation du système de soins était adaptée à la résolution de problèmes courts et limités dans le temps. Les problèmes posés par les patients devaient être résolus en une seule rencontre. La consultation médicale était un moment de transition entre la

maladie et la bonne santé. Cependant dans le cadre des maladies chroniques ce schéma n'est plus opérationnel. [3]

La redéfinition des tâches du médecin généraliste dans le suivi des patients atteints de ces pathologies chroniques et la multidisciplinarité sont devenues le cœur de la problématique actuelle. La gestion des pathologies au long cours et des complications éventuelles a nécessité un travail collaboratif entre les soignants de première ligne, au plus près de la vie habituelle du patient, les médecins spécialistes de second recours auprès de qui des avis ponctuels peuvent être sollicités, et au centre, dans une tâche complexe de coordination de parcours, le médecin généraliste. [3]

De plus, le contexte personnel, social et l'état d'esprit du patient sont restés autant de facteurs à prendre en compte par les professionnels de santé.

Tous ces éléments ont considérablement modifié la complexité et la durée des consultations de médecine générale. Par conséquent, pour une même durée de travail par jour, un médecin généraliste consulte moins de patients dans la journée.

La notion de santé n'a jamais été statique. Elle a évolué en fonction des épidémies, des guerres, des conditions de vie, de l'alimentation, des progrès médicaux et des relations avec d'autres sociétés. Elle a répondu aux perpétuels changements auxquels était soumis l'individu. La santé étant considérée comme un bien collectif, les individus attendent de l'État une politique et des actions permettant de la préserver et de l'améliorer.

Cependant, aucun critère objectif ne nous permet de calculer le nombre de médecins nécessaires au nombre d'habitants. Il s'agit plutôt de trouver un équilibre entre le point de vue économique des dépenses de santé gérées par le gouvernement et le besoin ressenti par la population. Depuis plusieurs années, cet équilibre n'a pas été atteint.

En effet, avant l'instauration du *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, le nombre important de médecins a permis une installation de ces derniers dans des territoires qui n'en avait encore jamais accueilli. [1] Dans les années 1970, afin de réduire les dépenses liées à la santé, le gouvernement a décidé de limiter l'offre de soins en diminuant le nombre de médecins en instaurant le *numerus clausus*. [4] Les populations alors habituées à un médecin de proximité et consultable rapidement ont vu leur possibilité d'accès aux soins se raréfier progressivement. Le mécontentement de la population face à cette difficulté d'accès aux soins, a forcé le gouvernement à ré-augmenter le nombre de médecins.

Cependant, la vision de la santé a évolué avec la société. Il y a encore 50 ans, la santé était perçue comme un besoin de la société. Un besoin social est une notion subjective d'une nécessité fondamentale au bon développement de la population. Dans cette vision de la santé en tant que besoin social, le médecin représentait un acteur répondant à un besoin.

Mais depuis quelques années, une nouvelle notion est apparue. Concernant la santé, l'État s'est retrouvé avec un devoir envers la population. La population ne se considérant plus seulement comme utilisatrice des soins, mais comme source de financement, elle s'est attendue à ce qu'on lui soit redevable et donc en retour a demandé à avoir un service de soins

à sa disposition toujours plus performant. Dans cette vision de la santé, le non accès aux soins est inacceptable et le recours au médecin n'est plus un besoin mais un dû à la population.

Au vu de ces données, on a constaté un important décalage entre l'offre et la demande de soins en France. Un désert médical n'est ni un territoire dépeuplé, ni forcément un territoire enclavé, péri-urbain, ou délaissé par les services publics. Un désert médical est un territoire habité par une population qui peine à accéder aux soins médicaux comparativement à la moyenne nationale. [1]

Au vu de ces différents points, j'ai décidé d'étudier l'état des lieux de la médecine générale en France avec le rôle des médecins généralistes, leur répartition et leur démographie sur le territoire métropolitain ainsi que les différentes modalités qui ont été mises en place par notre gouvernement pour les faire évoluer.

Ensuite, j'ai décidé d'étudier ces mêmes aspects pour différents pays. Je voulais savoir si certains d'entre eux avaient connu une situation similaire à la nôtre et comment ils y avaient remédié. Ou bien, dans le cas où ces pays ne rencontraient pas de difficultés, existaient-ils des mécanismes qui leur permettaient de l'éviter ?

Le but de ma recherche était de savoir quelles étaient les modalités organisationnelles mises en place par les systèmes de santé en Allemagne, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et au Québec concernant les missions des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire.

Apportant mes questionnements auprès de notre Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes, Mme Touraine m'a proposé un poste au sein de son Ministère si je réussissais à comprendre et améliorer cette situation en France puis à rétablir une répartition équilibrée des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire métropolitain français...

2 Matériels et Méthodes

Ma thèse s'est basée sur une revue de la littérature concernant les modalités organisationnelles mises en place par les systèmes de santé en Angleterre, en Allemagne, en France, aux Pays-Bas et au Québec concernant les missions des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire. Les documents étudiés ont été retrouvé exclusivement sur internet.

Elle a été complétée par un questionnaire rédigé en anglais, réalisé via « google form », envoyé par mail à des responsables d'institution dans chaque pays concerné. Je remercie le Dr Jean-Pierre Jacquet, représentant français de la branche de la WONCA Europe (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) et chargé des relations internationales au Collège de la Médecine Générale, rencontré lors du congrès de médecine générale se déroulant à Paris en mars 2015, d'avoir accepté de me fournir les coordonnées mail des représentants de chaque pays étudié.

Les représentants contactés ont été : Mme Howe pour l'Angleterre, Mr Herrmann pour l'Allemagne, Mr Metsemakers pour les Pays Bas, Mr Godin pour le Québec et Mr Jacquet pour la France.

Dans un premier temps, j'ai donc commencé mon étude par une recherche de documents concernant 5 pays : l'Angleterre, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et le Québec.

J'ai décidé d'étudier l'Allemagne et l'Angleterre car il s'agit des pays précurseurs de la mise en place de systèmes de santé et la France pour comprendre le fonctionnement dans mon pays. Les Pays-Bas ont connu une réforme importante et innovante en 2006. J'ai également étudié le Québec car francophone et dont le nombre de documents de recherche à ma disposition était abondant.

J'ai réalisé une recherche uniquement sur internet. Au total, sur un peu plus de 130 documents retrouvés et lus, j'ai sélectionné 87 documents, rédigés en français ou en anglais. Il s'agissait d'études, de rapports, d'articles scientifiques, d'articles de sciences politiques, d'articles de santé publique, de notes de comité d'études ou de bulletin d'information.

J'ai commencé mes recherches d'une manière générale, via un moteur de recherche non spécialisé : « google ». J'ai inséré différents mots clés, exclusivement en français, suivi du nom du pays qui m'intéressait : Angleterre, Allemagne, Pays-Bas, Québec et France. Les mots clés étaient les suivants : « système de santé » puis « organisation du système de santé » puis « réformes du système de santé » puis « démographie médicale » puis « démographie des médecins généralistes » et pour finir « systèmes de régulation de la démographie médicale ».

J'ai ensuite recommencé cette même méthode avec le moteur de recherche « google scholar », plus spécialisé dans les études et recherches.

J'ai ensuite affiné ma recherche en me focalisant sur les sites officiels de la Santé ou du Ministère de la Santé de chaque pays étudié. Le site du Ministère de la Santé pour la France ; le «National Health Service» pour l'Angleterre ; le Bundesministerium für Gesundheit (bmg.bund) pour l'Allemagne ; le «Health Canada» (sc-hc.gc.ca) pour le Canada et plus précisément le Québec; et le ministerie van Volksgezondheid pour les Pays-Bas. J'ai entré les mêmes mots clés que lors de ma recherche via google. Pour le site du Ministère de la Santé français, j'ai entré les mots clés en français. Par contre pour les autres sites, j'ai entré les mots clés en anglais.

Enfin, j'ai utilisé « pubmed », spécialisé dans les recherches médicales, comme dernier moteur de recherche de mon étude.

Les mots clés du MESH ont été : «healthcare », « health manpower », « health human », « general practitioners » et « physicians role ».

J'ai sélectionné les documents selon la pertinence de leurs contenus, leurs clartés, leurs précisions, leur capacité à répondre à ma question et la langue de rédaction (français ou anglais). La date de parution du document ne devait pas être antérieure à l'année 2000. Le nom de l'auteur n'est pas entré en ligne de compte dans ma sélection des documents.

En étudiant l'ensemble des documents sélectionnés, j'ai organisé mes résultats selon un plan en deux parties qui regroupait les informations essentielles qui répondaient à ma question.

3 Résultats

3.1 Généralités

Sur les 87 documents sélectionnés, 52 documents, majoritairement écrits ou traduits en français, m'ont permis de rédiger ces résultats.

Concernant les questionnaires, malheureusement, malgré 4 relances (3 de ma part et 1 du Dr Jacquet envers ses correspondants) et 3 mois d'attente, seul Mr Jacquet, correspondant pour la France a répondu à mon questionnaire.

J'ai organisé mes résultats selon le plan suivant.

La première partie de mon plan concerne le fonctionnement des systèmes de santé.

Pour comprendre les modalités mises en place, il fallait d'abord comprendre le fonctionnement du système de santé lui-même.

Un système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but principal est d'améliorer la santé.

En occident, il existe deux modèles d'organisation du système de santé et de protection sociale, qui constituent le contexte dans lequel s'insèrent les dispositifs nationaux de régulation et de répartition des médecins :

- d'une part, les modèles dits « publics » d'inspiration Beveridigienne, dans lesquels la médecine de ville est directement organisée par la puissance publique [5] ; c'est le cas de l'Angleterre et du Québec.

- d'autre part, les modèles dits « assurantiels » d'inspiration Bismarckienne, qui reposent sur un principe de conventionnement des médecins par des assurances, publiques ou privées et qui donnent une certaine liberté d'installation [5] ; c'est le cas de l'Allemagne, des Pays-Bas et de la France.

Historiquement, chaque pays étudié a pour base l'un de ces grands modèles. Cependant, au fil des années selon les lois et les réformes mises en place dans chaque pays, les systèmes de santé ont évolué. Actuellement, le système de santé d'un pays lui est propre.

La place des soins primaires dans le système de santé, la place des organisations médicales dans sa gestion, la possibilité d'un système de cogestion est donc propre à chaque pays. [5]

Le premier paragraphe de la première partie décrit donc le mode de fonctionnement actuel du système de santé de chaque pays.

Le deuxième paragraphe de la première partie indique la place accordée par chaque pays aux soins primaires au sein du système de santé. Mon étude est centrée sur les médecins généralistes, c'est pourquoi j'ai décidé de faire ressortir dans mon plan la place des soins

primaires.

Enfin le dernier paragraphe de la première partie décrit une éventuelle cogestion du système de santé par le gouvernement et de possibles organisations médicales. Dans cette partie, je voulais mettre en avant la place accordée aux associations médicales dans les différents systèmes de santé.

En seconde partie, je me suis focalisée sur la régulation de la démographie médicale des médecins généralistes.

Le terme démographie comprend à la fois les caractéristiques d'une population étudiée (ici les médecins généralistes) c'est-à-dire leur âge, leur sexe, mais également leur densité et leur répartition sur le territoire.

Le premier paragraphe de la seconde partie décrit l'état des lieux actuel de la démographie médicale de chaque pays concernant l'ensemble des caractéristiques de cette démographie ; c'est-à-dire : la densité de médecins par habitant, leur répartition sur le territoire, la moyenne d'âge des médecins, la féminisation de la profession et enfin le nombre moyen d'heures travaillées par semaine par médecins.

Les paragraphes suivants mettent en avant la régulation de la démographie médicale des médecins généralistes selon les moments clés du parcours d'un médecin généraliste : ses études, son installation, sa pratique au quotidien et son départ en retraite.

Le second paragraphe de la deuxième partie porte sur la formation des médecins généralistes et la régulation de la démographie médicale, notamment sur le mode de sélection des étudiants lors des premières années d'études, la régulation des étudiants formés en médecine générale durant les études et enfin sur les possibles mesures incitatives avant et durant la formation.

Le troisième paragraphe de la deuxième partie porte sur la régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation, notamment en ce qui concerne de possibles mesures incitatives ou désincitatives à l'installation ainsi que d'éventuelles mesures incitatives à l'exercice regroupé.

Le quatrième paragraphe de la deuxième partie porte sur les missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé, notamment concernant leur rôle, leurs missions et leur mode de rémunération.

Enfin le dernier paragraphe de la deuxième partie traite de la fin de carrière des médecins généralistes.

Dans un but de clarté, je vais d'abord exposer les résultats obtenus par pays. Un tableau récapitulatif reprendra les points essentiels de mon étude.

Le quatrième paragraphe de la deuxième partie porte sur les missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé, notamment concernant leur rôle, leurs missions et leur mode de rémunération.

Enfin le dernier paragraphe de la deuxième partie traite de la fin de carrière des médecins généralistes.

Dans un but de clarté, je vais d'abord exposer les résultats obtenus par pays. Un tableau récapitulatif reprendra les points essentiels de mon étude.

ALLEMAGNE

3.2.1 Système de santé allemand

3.2.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé allemand

Actuellement, le système de santé allemand est fondé sur un système de santé de type bismarckien. [6]

Le système de santé bismarckien est daté de 1883, quand le chancelier Otto von Bismarck, afin d'élargir le rôle de l'État et de contenir ses adversaires, a créé un prototype d'un système de sécurité sociale : la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV). En 1883, il a créé un système de protection sociale contre les risques maladie, en 1884, il a élargi le système de protection aux accidents de travail, puis en 1889 à la vieillesse et à l'invalidité. [6]

Ce système de santé est basé sur une logique assurantielle. Les prestations sont versées aux individus qui se sont assurés contre un risque donné. La protection est fondée uniquement sur le travail. Les individus obtiennent des droits grâce à leur activité professionnelle. [6]

En 2015, la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) était encore le système d'assurance maladie du régime légal. L'adhésion était obligatoire aux salariés, aux chômeurs et aux retraités. Par contre, les professions libérales et les personnes travaillant à leur compte, n'étaient pas obligées d'adhérer à ce système. [11] En 2006, à peu près 90% de la population allemande était assuré par les caisses d'assurance-maladie du régime légal (GKV). Le reste de la population allemande était assuré par une compagnie privée d'assurance maladie. [6]

La GKV était presque entièrement financée par les contributions des assurés. Ces contributions provenaient des cotisations salariales et patronales. Elles correspondaient à un certain pourcentage du salaire. Les membres de la famille (époux et enfants) étaient en règle générale également pris en charge par l'assurance maladie, sans contribution supplémentaire. [6]

En 2015, la GKV reposait toujours sur 4 principes fondamentaux : [5]

-l'obligation d'adhésion pour les salariés, les chômeurs et les retraités. [7]

-le principe de solidarité : le montant des contributions à la GKV était calculé selon les capacités économiques de chaque membre. Les prestations, par contre, dépendaient de ce qui était médicalement nécessaire pour l'assuré en cas de maladie. Un principe de solidarité a un fonctionnement où les personnes en bonne santé payent pour ceux qui sont malades, les jeunes pour les vieux, les célibataires pour les familles et ceux qui ont un bon salaire pour ceux dont le salaire est plus faible. C'est ce principe de solidarité qui permet de distinguer l'assurance du régime légal (GKV) de l'assurance privée où l'on applique un principe d'équivalence entre contributions et prestations. [7]

-le principe de prestations en nature : avec le régime légal d'assurance-maladie, les assurés bénéficiaient des prestations de soin auprès des prestataires conventionnés sans avoir à payer. Les prestataires facturaient leurs prestations directement aux caisses d'assurance-maladie du régime légal. Les assurés avaient donc droit à des soins gratuits. Dans le régime de l'assurance-maladie privée, par contre, les assurés payaient les dépenses de santé et étaient ensuite remboursés de leurs frais. [7]

-le principe de variété et de choix des caisses d'assurance-maladie : le système d'assurance-maladie du régime légal (GKV) est constitué de différentes caisses d'assurance-maladie. Depuis 1996, chaque membre est libre de choisir sa caisse. [7] A l'origine, les caisses étaient organisées par branche professionnelle et par zone géographique définie. Les salariés étaient obligés d'adhérer à la caisse de leur branche professionnelle de leur zone. [6]

Au 1er janvier 2015, il existait 123 caisses d'assurance-maladie. Elles avaient une très large autonomie de gestion ; chaque caisse était responsable de son propre équilibre comptable. L'État fixait les taux de cotisation, mais la caisse pouvait ajouter une contribution supplémentaire à la charge de l'assuré pour atteindre son équilibre comptable. En décidant du nombre de médecins conventionnés par zone géographique et par spécialité, les caisses disposaient d'un pouvoir de régulation sur l'installation des professionnels. [9]

Au moment de mes recherches, l'Allemagne était une République fédérale, chaque Land avait son propre Ministère de la Santé qui mettait en application les lois du Land et les lois du Parlement fédéral. Dans le domaine de la Santé, l'État fédéral et les Länder se partageaient les compétences. On rencontrait des formes d'organisation différentes dans le domaine de la Santé selon les Länder. [6]

Afin de coordonner l'administration de la Santé dans les différents Länder, il existait la *Gesundheitsministerkonferenz* (la conférence des Ministères de Santé et des sénateurs des Länder) (GMK) dont les décisions n'avaient qu'un avis consultatif. [7]

La coopération des Länder avait lieu dans le cadre de l'*Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden* (AOLG) qui se composait des chefs des départements de Santé des différents Länder. Le Ministère fédéral de la Santé était représenté dans les deux instances. [7]

Le régime légal d'assurance-maladie (la GKV) était réglementé par des lois fédérales. Si bien que le parlement fédéral et le Ministère fédéral de la Santé avaient une grande influence sur la GKV. [7]

Pour les caisses organisées au niveau du Land, le contrôle incombait au Ministère de la Santé du Land où la caisse avait son siège. [6]

Les Ministères de la Santé des Länder exerçaient également le contrôle de légalité sur les chambres des métiers de la Santé (chambres des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des psychothérapeutes). Le contrôle des médicaments et des dispositifs médicaux était également du ressort des Länder. [6]

Les Länder, ou plus exactement les Ministères de chaque Land, jouaient également un rôle important dans l'organisation des services hospitaliers et des services d'urgence. Chaque Land participait au financement des hôpitaux et soutenait ces établissements et leurs équipements par des subventions annuelles. [6]

L'État a délégué une partie de ses missions à des organismes auxquels il prescrit, par des lois et par des décrets, un cadre d'action. Ces organismes sont responsables de l'organisation de la prise en charge médicale. Les activités sont contrôlées par l'État (au niveau fédéral et au niveau du Land) sans que les organismes reçoivent de directives des

services de l'État. Ce modèle de gestion par délégation a permis à l'État d'avoir une influence sur le développement du système global tout en se dégageant de l'administration directe. [10]

3.2.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé allemand

En Allemagne, le principe de libre choix du médecin (*Freie Arztwahl*) est instauré depuis 2013. Au moment de mes recherches, Les médecins généralistes n'avaient pas le rôle officiel de *gatekeeper*, mais ils avaient une fonction de coordination. [11]

Jusqu'en 2013, le patient devait obtenir une prescription d'un médecin traitant pour obtenir un RDV pour une consultation spécialisée ou pour une hospitalisation. En raison de leur fonction de point d'entrée pour les patients et de leur pouvoir de décision en ce qui concernait la suite du traitement, les médecins généralistes libéraux jouaient un rôle clef dans le processus de prise en charge. [11]

Cependant, depuis 2013, les patients n'ont plus besoin d'une référence médicale. Les patients de la caisse-maladie publique peuvent choisir de consulter directement un médecin spécialiste (conventionné auprès de la caisse maladie). Les seules exceptions sont les médecins de laboratoire, microbiologie et épidémiologie des maladies infectieuses, médecine nucléaire, radiologie diagnostique, la radiothérapie et la médecine transfusionnelle. [11]

Dans certains Länder, les patients ont la possibilité de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, ce qui permet un meilleur suivi médical. Certaines caisses-maladie offrent alors des mesures correctives (par exemple, une réduction des frais à la charge du patient). Dans ce cas, ils doivent consulter leur médecin généraliste en premier lieu avant de consulter un médecin spécialiste. [11]

Pour un transfert à l'hôpital ou pour une opération les patients ont toujours besoin d'une référence médicale de leur médecin. [11]

Le patient est libre de se faire hospitaliser dans l'établissement de son choix. Mais, à l'intérieur de l'hôpital, il ne peut pas choisir son médecin. [11]

La prise en charge des soins ambulatoires comprend toutes les prestations sanitaires non hospitalières. [11]

3.2.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé allemand

Chaque gouvernement des Länder a intégré un Ministère de la Santé compétent en matière d'adaptation des directives fédérales. [6]

Au moment de mes recherches, la caractéristique du système allemand était que l'État a délégué une partie de ses pouvoirs aux corporations des caisses et à celles des médecins qui ont chacune une administration autonome. [6] Ainsi, la gestion des caisses d'assurance

maladie était placée sous la responsabilité des partenaires sociaux représentés par leur corporation. [12]

En 1931, à la suite de conflits entre médecins et caisses, les associations de médecins conventionnés ont été créées. En 2015, elles constituaient encore les maillons intermédiaires entre les médecins et les caisses d'assurance maladie au niveau de chaque Land. Elles représentaient les médecins, à la fois au niveau des Länder et au niveau fédéral. Elles avaient un statut de droit public et étaient dotées d'une gestion autonome. Elles négociaient, avec les caisses, les conditions économiques et organisationnelles de l'activité médicale ambulatoire, telle que la rémunération des médecins conventionnés qui se faisait proportionnellement au nombre d'actes effectués. [12]

L'État intervenait pour sa part, en fixant les principes directeurs de ces négociations. Ainsi, en 1986, face à l'augmentation des dépenses, une enveloppe contenant la masse des honoraires de médecins conventionnés a été instaurée. [12]

3.2.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en Allemagne

3.2.2.1 Démographie médicale en Allemagne

3.2.2.1.1 Densité de médecins par habitant

En 2014, en comparaison avec d'autres pays, l'Allemagne disposait d'une forte densité de médecins. Depuis les années 90, on a observé une hausse d'environ 35 % du nombre de médecins par habitant. [11]

En 2011, on dénombrait 312 695 médecins en exercice, 42% de ces médecins étaient des médecins généralistes. [11]

En 2011, on dénombrait au total 380 médecins pour 100 000 habitants, dont 160 médecins généralistes. [11]

3.3.2.1.2 Répartition sur le territoire

En 2014, l'Allemagne comptait 81,9 millions d'habitants, avec une densité de 229 habitants/km². [11]

Cependant, la population allemande était répartie de façon inhomogène sur l'ensemble de son territoire. En effet, en 2014, en Allemagne, il existait de fortes disparités de densité, avec des régions très peu peuplées. Pour exemple, dans le Nord-Est du pays, le Land de Mecklembourg-Rhénanie-Occidentale ne comptait que 69 habitants au km². [11]

Environ 18 % de la population habitait en zones rurales et environ 60 % en zones urbaines. 20,7% de la population avait plus de 65ans. [11]

La répartition des médecins sur l'ensemble du territoire était également inégale. Bien que la densité médicale soit en moyenne relativement élevée, il existait un déséquilibre entre la ville et la campagne. Tandis que les grandes villes étaient surmédicalisées, en milieu rural, il existait un manque de plus en plus important de médecins généralistes ainsi que de spécialistes. [11]

Selon une étude de 2012 (« Institut für Höhere Studien », IHS Autriche 2012), la moitié des personnes vivant dans les régions rurales en Allemagne devait se rendre en ville pour consulter un médecin, du fait du manque d'offre locale de soins. [11]

En 2014, au niveau des Länder, l'offre de soins était déséquilibrée. Selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), le nombre de médecins pour 100 000 habitants variait entre 540 à Hambourg et 330 en Basse-Saxe. [11]

De récentes études ont identifié le centre de l'Allemagne comme la région la plus en difficulté en ce qui concerne l'adéquation de l'offre et de la demande. [11]

En Allemagne, depuis le début des années 1990, les mesures de régulation démographique de la profession médicale ne visaient pas la diminution du nombre de médecins, mais l'amélioration de la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé. [6]

En 2014, la répartition des médecins en Allemagne était inégale, mais il n'existait pas de réel « désert médical ».

3.2.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins

En 2000, 36% des médecins en exercice étaient âgés de 55 ans ou plus. En 2011, ce nombre était de 40%. [11]

Selon une étude des Associations des Caisses-Maladies, en 2010, l'âge moyen des médecins en ville était de 52 ans (soit une augmentation de trois ans depuis 1999). [11]

De nombreux médecins auront donc besoin d'un successeur dans les dix années à venir.

Une étude de l'Institut Central des Soins des Caisses d'Assurance Maladie (ZI, 2014) a estimé qu'en 2025, 70 % des médecins généralistes auront besoin d'un successeur en Allemagne centrale (Saxe, Saxe-Anhalt et Thuringe). [11]

3.2.2.1.4 Féminisation de la profession

Depuis les années 90, le nombre de femmes médecins n'a cessé de croître.

En 2000, 38% des médecins en exercice étaient des femmes. En 2011, 43% des médecins étaient des femmes. [11]

3.2.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin

Au moment de mes recherches, le temps de travail légal en Allemagne était variable selon les Länder.

En 2006, en moyenne dans les nouveaux Länder (ancienne Allemagne de l'Est) le temps de travail par semaine était estimé à 40h. Dans les anciens Länder, le temps de travail par semaine était estimé à 38,5h. [6]

Cependant, les médecins généralistes pouvaient avoir des gardes d'urgence et donc faire des heures supplémentaires à leur quota par semaine. Le temps de travail par semaine pouvait alors s'élever à 60h. [6]

3.2.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en Allemagne

3.2.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

En Allemagne, le nombre d'étudiants en médecine n'est pas établi au niveau fédéral, mais est fixé par les Länder, qui sont responsables de l'enseignement. [13]

Les Länder ont limité le nombre d'étudiants en médecine en fonction non pas d'une évaluation des besoins futurs, mais selon les places que leurs universités offrent. [13]

Alors que les Länder se sont opposés à toute diminution du nombre des étudiants, le Ministère de la Santé et l'Ordre fédéral des médecins quant à eux ont plaidé pour une régulation fédérale. Ils ont mis en avant le fait que l'abondance des médecins constituait un facteur d'augmentation des dépenses de santé et ils ont estimé que la réduction du nombre des étudiants en médecine contribuerait à l'amélioration de la formation. [6]

Cependant, la constitution allemande garantit la liberté du choix de la profession et la loi n'autorise la restriction de l'accès aux études qu'en cas d'épuisement des possibilités de formation des universités. Les Länder se sont appuyés sur cette loi pour refuser tout mécanisme visant à diminuer le nombre de candidats au-delà du nombre de places offertes dans leur université de médecine. [6]

Les médecins, pour leur part, ont estimé qu'une limitation du nombre d'étudiants en médecine serait indispensable pour réaliser les réformes annoncées dans la nouvelle loi sur la formation de base des médecins. Celle-ci visait à améliorer la qualité des études en renforçant le travail en petits groupes au lit du patient et surtout en mettant davantage l'accent sur la formation pratique en général. Cette modification pédagogique imposerait d'adapter le nombre de places offertes en faculté de médecine, ce qui correspondrait à une diminution de 25 % par rapport au nombre de places actuelles. [6]

Cependant les Ministères de la Culture et de l'Éducation des Länder se sont opposés à cette réduction. [6]

En pratique, une intervention de l'État à l'entrée des études de médecine pour réguler le nombre de médecins semble inenvisageable à ce jour. [6]

Au moment de mes recherches, il y avait 36 universités de médecine en Allemagne. [11]

Chaque université décidait elle-même du nombre de places disponibles en formation médicale. Ces places étaient attribuées selon deux modes. [11]

Le système centralisé d'affectation des étudiants (*Hochschulstart*) octroyait 20% des places de chaque université selon les résultats des élèves à l'examen de fin de secondaire : l'*Abitur* (équivalent de notre baccalauréat) et 20% des places selon le nombre de semestres d'attente du candidat. Les 60% de place restantes étaient sélectionnées par les universités elles-mêmes. Cette sélection pouvait se fonder sur des critères divers (note à l'*Abitur*, distance entre le lieu de résidence du candidat et l'université, qualifications professionnelles préalables...). [8]

La formation théorique durait 6 ans. Les 2 premières années permettaient la « formation de base » regroupant différentes matières. Elle était validée par un examen permettant d'être admis en troisième année. S'en suivait la « formation médicale » proprement dite qui elle durait 4 ans. En dernière année, l'étudiant avait une formation pratique de 48 semaines dont 16 semaines en chirurgie et 16 semaines en médecine, les 16 dernières étaient laissées au choix de l'étudiant. [8]

La réussite de ces 6 années menait au diplôme de médecine (diplôme d'État) reconnu dans tous les pays de l'Union Européenne. [8]

Ce diplôme permettait un mode d'exercice restreint de la médecine sous le titre de « médecin stagiaire ». C'est seulement après 18 mois de stage que le stagiaire pouvait acquérir « l'approbation » qui correspondait à l'autorisation d'exercer sa profession de médecin. [8]

Cette approbation permettait de s'inscrire dans une formation spécialisée de généraliste ou autre. [8]

3.2.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

Contrairement à la formation théorique qui relevait des Länder, les cursus de spécialisation, y compris celui de la médecine générale, étaient organisés par l'Ordre fédéral des médecins. [6]

Les étudiants étaient obligés de trouver eux-mêmes les stages nécessaires pour réaliser le cursus requis. [6]

Mais les lieux de formation disponibles étant largement inférieurs à la demande de spécialisation des jeunes médecins, la concurrence entre les candidats était forte. C'était donc l'offre de stages qui, de façon indirecte, régulaient l'accès aux spécialités. [6][13]

Pour obtenir le titre de spécialiste, les étudiants devaient réaliser un nombre minimum d'actes pendant leur formation. Il s'agit du critère de masse critique d'actes à réaliser. Ce critère est actuellement très controversé. Pour l'Ordre des médecins, il induirait une inflation d'actes non justifiés et préjudiciables pour le patient. Pour l'union des médecins conventionnés, la notion de masse critique d'actes est au contraire une garantie de la qualité des pratiques. En effet l'union des médecins conventionnés a défini des volumes d'actes que doit avoir effectué un médecin spécialisé pour être conventionné. Ainsi, pour pouvoir réclamer la rémunération de certains actes comme des traitements ou examens particuliers, le médecin doit prouver qu'il a rempli les conditions requises, c'est-à-dire qu'il a déjà effectué un certain nombre de ces actes. [13]

La formation en médecine générale a évolué au cours des douze dernières années, pour devenir une spécialité à part entière. [13]

En 2014, le ratio était de 40% d'étudiants choisissant la médecine générale pour 60% d'étudiants choisissant une autre spécialisation. [11]

Il existe chaque année un fort taux d'abandon au cours des études en Allemagne. En 2010, on estimait que 17,9 % des étudiants entrant en études de médecine abandonnaient avant la fin. Par ailleurs, parmi les 82,1 % terminant leurs études, 11,6 % partaient s'installer à l'étranger (notamment en Suisse, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Autriche). [11]

Ce phénomène ne semble pas connaître de raison particulière, et est à replacer dans la perspective du fort taux d'abandon dans les études supérieures en Allemagne en général (en 2010, 24 % des étudiants de Master ne finissaient jamais leurs études). [11]

3.2.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

Dans ma revue de la littérature, je n'ai retrouvé aucune mesure incitative mise en place en Allemagne avant l'entrée en faculté de médecine.

Depuis 2006, seuls les médecins généralistes peuvent prétendre au titre de médecins de famille. Cependant pour le Conseil de l'Ordre des médecins, cette restriction risquait de mettre fin à cette activité. En effet, l'Ordre des médecins craignait que les candidats soient découragés par la longueur de la formation (5ans) avec une importante difficulté à trouver des stages formateurs (dont 2 ans obligatoires en hôpital) alors que leur champ de pratique future restait restreint et leur rémunération inférieure à une autre spécialité. En comparaison, la médecine interne permettait une formation en 6 ans mieux rémunérée avec des modes d'exercice et de formation diverses. [6]

Devant cette crainte grandissante, conscientes du problème d'accès à la formation et sous la pression du conseil de l'Ordre Fédéral, les caisses ont accordé une aide financière pendant 2 ans aux étudiants de médecine générale. Une dotation mensuelle de 1020 euros par mois est accordée aux étudiants de médecine générale durant 2 ans. [6]

3.2.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en Allemagne

3.2.2.3.1 Mesures incitatives

La loi de 1976 prévoyait l'attribution d'aides à l'installation au bénéfice des médecins des circonscriptions sous-médicalisées (subventions, avances remboursables sur les futurs honoraires). [6]

De nos jours, 11 des 16 Länder ont mis en place une subvention de 12 000€ à 60 000€ pour les médecins s'installant dans une zone de pénurie, contre un engagement à exercer dans la zone variant de 5 à 10 ans. Cette aide varie en fonction du Länder, du nombre de patients, de la taille de la zone et de la gravité de la pénurie. Cette prime est adressée à tous les médecins, y compris les spécialistes. [6]

Les régions déficitaires ont vu alors augmenter rapidement le nombre de médecins, même si dans le même temps, l'excédent dans les agglomérations s'accroissait, en raison de la forte densité médicale. [6]

Depuis l'instauration de la loi de 2006, une prime pour chaque patient traité, sans limitation de nombre et sans forfait, est instaurée pour les médecins installés à la campagne. [6]

Le texte a permis aussi la suppression des gardes et astreintes sur place, tâches incombant dorénavant en partie aux hôpitaux, permettant ainsi aux praticiens de ne plus résider sur leur lieu d'exercice et de ne pas se retrouver seuls la nuit à couvrir d'immenses secteurs de garde dans des conditions souvent difficiles. [6]

La nouvelle loi a permis aussi à un médecin exerçant dans une région mal desservie médicalement de prendre jusqu'à 12 mois de congé parental à la naissance d'un enfant, congé pendant lequel le médecin est remplacé. [6]

3.2.2.3.2 Mesures désincitatives

En Allemagne, au moment de mes recherches, l'autorisation d'exercer nécessitait l'inscription à l'ordre des médecins. Le médecin devait également faire le choix d'exercer sous conventionnement auprès d'une caisse d'assurance maladie ou non. [14]

Jusqu'en 1960, les lieux d'exercice étaient fixés par les associations de médecins de Caisse des Länder. [12]

En 1960, le tribunal constitutionnel de la République fédérale a jugé cette procédure de limitation de l'installation anticonstitutionnelle car incompatible avec la loi fondamentale sur la liberté professionnelle. L'accès à la médecine conventionnée est alors devenu illimité et les médecins, libres de s'installer à l'endroit de leur choix. [12]

Ce jugement eut pour conséquence une augmentation rapide du nombre de médecins

conventionnés avec une forte concentration dans les grandes agglomérations aux dépens des régions rurales ou disposant de peu d'infrastructure. [12]

En 1976, devant l'importance des déséquilibres de densité médicale entre les régions, le gouvernement a cherché à améliorer la distribution des médecins sur l'ensemble du territoire allemand. Les Unions de médecins de caisses ont obtenu la possibilité de fermer les zones considérées comme excédentaires à l'installation en faveur des zones sous-approvisionnées. [12]

Pour améliorer encore la répartition des médecins sur le territoire, la loi du 19 décembre 1986, a permis à la Commission d'admission des Unions de médecins de caisses de chaque Land d'interdire l'installation de nouveaux médecins dans les régions où il existait un excédent de médecins supérieur à 50% du niveau national. Le gouvernement a justifié sa politique de régulation et d'atteinte à la liberté d'installation des médecins en se référant au besoin de protéger le bien public et le fonctionnement du régime légal d'assurance maladie. Ces mesures furent jugées «acceptables» pour les médecins, car ces restrictions se limitaient à l'époque à quelques régions seulement. [12]

Cette mesure a eu une efficacité limitée jusqu'en 1992. [12]

En 1993, la réforme Seehofer a introduit une planification détaillée des besoins en médecins visant leur répartition optimale jusqu'en 1999. [12]

La loi a limité leur choix d'installation, mais garantissait la possibilité d'exercice en médecine ambulatoire conventionnée. [12]

Depuis le début de l'année 2000, la loi a désormais imposé une limitation quantitative du nombre de médecins conventionnés. Le *Bedarfsplan* a restreint le conventionnement en fonction de la démographie médicale locale. Le principe du *Bedarfsplan* est de n'autoriser le conventionnement de nouveaux médecins que dans des zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur au seuil fixé par le Comité national. [11]

Dans chaque Land, une commission paritaire composée de médecins désignés par l'association des médecins conventionnés et de représentants des caisses de sécurité sociale a attribué aux médecins conventionnés une autorisation d'exercice en fonction des directives de la commission fédérale. [11]

Les directives de la commission fédérale ont défini les spécialités médicales (y compris la médecine générale) soumises à une restriction d'installation. Ces directives ont défini des quotas de médecins. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota. [11]

La commission du Land publie périodiquement un tableau indiquant, pour chacune des 14 spécialités de médecins et pour chacune des circonscriptions médicales les possibilités d'installation. [14]

Cette règle de base a 3 exceptions, qui permettent des installations dans les circonscriptions où le quota est atteint :

- La première permet aux médecins qui prennent leur retraite de vendre leur cabinet

même si de nouvelles installations sont théoriquement impossibles dans la circonscription.

- La deuxième donne notamment à la commission paritaire régionale la possibilité d'accepter de nouvelles installations lorsque les médecins d'une sous-spécialité sont en nombre insuffisant, même si la spécialité dans son ensemble est considérée comme suffisamment représentée dans la circonscription.

- La troisième permet l'installation d'un nouveau membre d'un cabinet de groupe, mais avec une limitation du volume d'activité pour l'ensemble du cabinet. [14]

Cependant cette planification n'était pas fondée sur une évaluation détaillée des besoins «réels», mais visait principalement à réguler la répartition des médecins sur le territoire allemand. [14]

Depuis 2012, de nouveaux seuils basés sur des critères plus rationnels et tenant compte du besoin en médecins ont donc été élaborés. [14]

Le dispositif du *Bedarfsplan* est maintenant construit de sorte qu'il puisse aboutir à une densité homogène sur le territoire. Le territoire est divisé en 395 zones (de trois types : urbain, périurbain, rural), elles-mêmes redécoupées en sept subdivisions en fonction de la densité de population. Ce maillage est fonction de la densité des territoires et ne suit pas forcément un maillage administratif. Sur chaque zone ainsi définie, la norme appliquée en termes de nouveau conventionnement est calibrée par rapport à une échelle nationale ajustée pour prendre en compte les contextes locaux. [11]

Cette loi, limitant le droit à l'installation, est très controversée et suscite de nombreux débats qui renvoient à des questions de droit constitutionnel. [14]

En 2015, dans la plupart des circonscriptions, aucune installation de spécialiste n'était possible. [11]

Depuis le début des années 2000, l'orientation et la limitation de l'installation constituent les principaux outils de régulation de l'offre médicale en Allemagne. [14]

3.2.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés

Dans les années 2000, en Allemagne, la médecine de ville s'articulait autour de deux principaux types de structures : les cabinets, où exerçaient un ou plusieurs médecins ; et les centres de soins médicaux pluri-spécialités (*Medizinische Versorgungszentren*, MVZ). [15]

Les centres de soins médicaux pluri-spécialités (MVZ) étaient des centres médicaux pluridisciplinaires dans lesquels les médecins généralistes travaillaient avec des médecins de différentes spécialisations ou avec des fournisseurs de soins non-médecins (par exemple, les services de soins infirmiers). Toutes les spécialisations étaient libres de participer dans un MVZ. On comptait en 2011 environ 1 750 MVZ, où pratiquaient 9 571 médecins. [15]

En 2013, 86% des médecins généralistes travaillaient en cabinet, dont 25% travaillaient en cabinet de groupe. 12% travaillaient en centre de soins médicaux pluri-

spécialités. [11]

En 2015, on ne retrouvait aucune méthode incitative en Allemagne qui poussait à exercer dans un type de structure plutôt qu'un autre. [15]

3.2.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en Allemagne

3.2.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

En 2011, la moyenne du nombre de consultations par habitant s'établissait à 9,7 consultations par habitant et par an. [11]

En Allemagne, le principe de libre choix du médecin (*Freie Arztwahl*) est instauré. Au moment de mes recherches, les médecins généralistes n'avaient pas le rôle officiel de *gatekeeper*, mais ils avaient une fonction de coordination. [11]

Depuis 2013, les patients n'ont plus besoin d'une référence médicale. Les patients de la caisse-maladie publique peuvent choisir leur médecin (parmi ceux conventionnés par la caisse-maladie) et peuvent aussi choisir de consulter directement un médecin spécialiste (également conventionné auprès de la caisse-maladie). Les seules exceptions sont les médecins de laboratoire, microbiologie et épidémiologie des maladies infectieuses, médecine nucléaire, radiologie diagnostique, la radiothérapie et la médecine transfusionnelle. [11]

Pour un transfert à l'hôpital ou pour une opération, les patients ont besoin d'une référence médicale de leur médecin. [11]

Au moment de mes recherches, les mesures d'éducation, de dépistage, de prévention ainsi que les soins de longue durée occupaient une place importante dans le rôle du médecin généraliste. [11]

Les médecins de ville avaient, dans certains cas, la permission de traiter leurs patients à l'intérieur des établissements hospitaliers. [11]

3.2.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

En 1931, à la suite de conflits entre médecins et caisses, les associations de médecins conventionnés ont été créées. En 2015, elles constituaient encore les maillons intermédiaires entre les médecins et les caisses d'assurance maladie au niveau de chaque Land. Elles négociaient, avec les caisses, les conditions économiques et organisationnelles de l'activité médicale ambulatoire, telle que la rémunération des médecins conventionnés qui se faisait proportionnellement au nombre d'actes effectués. [6]

Face à l'explosion des dépenses de la sécurité sociale du secteur ambulatoire, Norbert Blüm, Ministre de la Santé, a instauré en 1986 une enveloppe globale fixe et collective des honoraires. [6]

Selon ce principe, les caisses versent une enveloppe aux associations de médecins conventionnés. Cette enveloppe renferme la masse des honoraires des médecins ambulatoires conventionnés par la sécurité sociale. Cette enveloppe diffère selon le Land et selon la catégorie de la caisse. [6]

Les caisses versent l'enveloppe aux associations de médecins conventionnés qui la répartissent entre les médecins. La somme perçue par chaque médecin dépend du nombre d'actes réalisés par le médecin. La certitude de la dépense est ainsi totale pour les caisses, mais les médecins subissent une incertitude sur le prix unitaire de l'acte. [6]

Étant donné la pluralité des caisses, les médecins sont conventionnés avec plusieurs d'entre elles. Les associations de médecins exercent un contrôle sur leurs membres, en particulier sur le volume et la qualité des prescriptions. [6]

Depuis l'introduction de cette enveloppe, les médecins sont eux aussi intéressés par la limitation du nombre de médecins conventionnés. L'absence d'une réglementation visant l'installation et le conventionnement pourrait mettre en péril l'activité et donc, les revenus de certains médecins. [6]

Cependant, ce dispositif n'est pas basé sur l'évaluation des besoins. [6]

La réforme du système de Santé de 2006 a laissé aux caisses de sécurité sociale et aux médecins le soin de mettre en place un nouveau système de rémunération, qui devra inclure des modulations d'honoraires pour tenir compte du fait qu'une région est surmédicalisée ou non. Le ministère de la santé devra évaluer l'efficacité du dispositif et, le cas échéant, modifier les mesures de limitation des installations. [11]

Si cette loi a été bien accueillie par les associations de médecins conventionnés, elle a été critiquée par les compagnies d'assurance santé qui estimaient qu'il aurait mieux valu pénaliser les praticiens exerçant dans des villes où la densité médicale était plus forte qu'ailleurs. Selon eux, les médecins de ces villes devraient recevoir moins d'argent, alors que les praticiens dans les campagnes devraient être mieux payés. Ils ont expliqué que ces mesures incitatives ne seraient pas efficaces tant que l'on ne dissuadera pas les médecins de s'installer en ville dans le même temps. [11]

En plus de la rémunération à l'acte via cette enveloppe, une rémunération spécifique d'environ 1 000 € par an peut être perçue par le médecin généraliste. Cette rémunération est considérée comme des incitations financières complémentaires pour la tenue des dossiers des patients, pour la réalisation de séances d'éducation thérapeutique et pour le suivi des patients atteints de pathologie chronique. [16]

En échange de ces rémunérations supplémentaires, les médecins généralistes doivent transmettre chaque année aux caisses un certain nombre de données démontrant le respect des recommandations de bonne pratique et doivent remplir un questionnaire standardisé relevant les facteurs de risque des patients qu'ils prennent en charge. [16]

En 2010, on dénombrait 141 500 médecins généralistes. 86 % étaient des médecins conventionnés avec un statut indépendant. Ils étaient rémunérés à l'acte comme sus décrit. [11]

12% étaient des médecins conventionnés, mais avec un statut salarié, ils travaillaient dans les centres de soins médicaux pluri-spécialités (*Medizinische Versorgungszentren*, MVZ). [11]

2% étaient des médecins non conventionnés. [11] Ces médecins non conventionnés n'étaient limités par aucun mécanisme de régulation à leur installation. Mais leurs prestations n'étaient pas prises en charge par l'assurance maladie légale. Si le patient consulte un médecin non conventionné, il devra prendre totalement en charge les dépenses occasionnées par la consultation. Ils peuvent ensuite obtenir un remboursement de leur assurance-maladie privée, mais pas de la caisse-maladie nationale. Les tarifs des médecins privés peuvent aller jusqu'à un niveau trois fois plus élevé que les tarifs déterminés par la législation. [16]

3.2.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes

Depuis l'année 1999, l'âge limite de la retraite pour les médecins conventionnés est fixée à 68 ans, avec des exceptions si le médecin a pratiqué depuis moins de 20 ans. [6]

Les caisses d'assurance maladie peuvent inciter les médecins à partir à la retraite dès l'âge de 62 ans, en les aidant financièrement. [6]

A l'inverse, de manière plus locale, le Land de Thuringe a mis en place une subvention trimestrielle de 1 500 € pour les généralistes âgés de plus de 65 ans et continuant à exercer en zone rurale sous tension (ou risquant de l'être). [16]

ANGLETERRE

3.3.1 Système de santé anglais

3.3.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé anglais

Actuellement, le système de santé anglais est fondé sur un système de santé de type beveridgien. [5]

En 1942, à la demande du gouvernement britannique, l'économiste William Beveridge (1879-1963) a rédigé un rapport sur l'ensemble des systèmes de couverture médicale et sociale existant à l'époque dans le pays. Partant du constat que ces systèmes de sécurité sociale se sont développés sans réelle cohérence, il proposa d'en fonder un unique. [5]

Le système de santé beveridgien est basé sur une logique assistancielle. Les prestations sont versées aux individus qui en ont besoin. [5]

Les grands principes de la sécurité sociale beveridgienne sont basés sur:

- l'universalité : protection sociale pour tous les habitants accordée sur la base d'un critère de résidence et non d'un critère professionnel
- la généralité : protection pour tous les risques sociaux (maladie, retraite, précarité, invalidité)
- l'unicité : le système de couverture médicale et sociale est entièrement géré par l'État
- l'uniformité des prestations en espèces : fondées sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque
- le financement par l'impôt.

Les grands principes du système beveridgien sont toujours respectés à l'heure actuelle dans le système de santé anglais. [5]

Le *National Health Service*, NHS (service national de la santé) a été créé en 1946. Il n'existe pas de caisses d'assurance maladie ni de systèmes de remboursement des soins puisque la couverture maladie est assurée par l'accès à des services (aussi bien les soins délivrés par les généralistes que les hôpitaux) et non par des remboursements. [17]

Au moment de mes recherches, l'ensemble du système de protection sociale est géré uniquement par l'État. C'est le Ministère de la Santé qui assurait la direction du NHS. Le Ministère disposait d'une enveloppe annuelle, allouée par le Parlement. Le NHS était donc en concurrence avec d'autres services publics en ce qui concerne la part de l'impôt qui lui est attribuée. En Angleterre, tous les services publics sont tenus de respecter strictement leurs plafonds de dépenses annuels, tout dépassement sensible par un Ministère met en péril la place du Ministre concerné. [17]

Ce contexte de limitation des ressources allouées au système de soins, a donné une place importante aux mécanismes de régulation du système de soins. Les mécanismes de régulation peuvent avoir un impact aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de soins, que dans celui de l'offre de soins et celui de la régulation démographique des professions de santé. [17]

Régulièrement dénoncés et sources d'insatisfactions dans l'opinion publique, les dysfonctionnements du NHS ont conduit le gouvernement Thatcher à mettre en œuvre, en

1991, une importante réforme de l'organisation du NHS. Cette réforme a permis d'organiser une séparation entre les acheteurs et les producteurs de soins. Elle a modifié en profondeur l'organisation administrative et financière du système sans modifier les grands principes du système beveridgien. [17]

Avant 1991, le système fonctionnait sur une absence de libre choix aussi bien pour l'hôpital que pour le médecin généraliste. Il était financé par des mécanismes d'enveloppes budgétaires attribuées à chacune des structures de soins. [17]

L'un des changements essentiels de la réforme était d'introduire des relations contractuelles entre les *Health Authorities* (autorités sanitaires) et les hôpitaux. Dans le cadre de cette réforme, les *GP Fundholders* (médecins généralistes gestionnaires), sont devenus à la fois fournisseurs de soins primaires et acheteurs de soins secondaires. [17]

Chaque *Health Authority* recevait annuellement du Ministère de la Santé une enveloppe budgétaire globale. Elle disposait ensuite librement de son enveloppe budgétaire pour « acheter » des soins hospitaliers, c'est-à-dire pour passer des contrats avec les *NHS Trusts* (les hôpitaux) pour la fourniture d'un certain panier de soins. [17]

Avec la réforme de 1991, les hôpitaux publics se sont donc vus attribuer un statut indépendant de *NHS Trusts*. [17]

Les seconds acheteurs du système étaient les *GP Fundholders* (médecins généralistes «gestionnaires de fonds»). Ces généralistes se sont vus attribuer une enveloppe budgétaire pour acheter des soins secondaires pour leurs patients auprès des *NHS Trusts*. [17]

Le système du *fundholding* a permis une redistribution importante du pouvoir entre les spécialistes et les généralistes. En effet, les *fundholders* pouvaient facilement transférer leurs patients d'un spécialiste à l'autre s'ils n'étaient pas satisfaits et ils ont pu utiliser ce pouvoir pour faire baisser les durées d'attente pour leurs patients. De plus, la réforme de 1990 a réintroduit une liberté de choix du médecin généraliste, en effet, les patients ont obtenu la possibilité de changer de médecin généraliste au bout d'un an. [17]

Cependant cette réforme a rencontré une certaine limite. Fonctionnant toujours avec une enveloppe budgétaire prédéfinie, la marge de manœuvre des *Health Authorities* a été considérablement limitée. La nouvelle organisation mise en place en 1991 n'a donc pas permis de résorber les phénomènes de listes d'attente, mais a révélé l'importance des coûts des systèmes nécessaires à la gestion d'une telle organisation. [17]

En 2000, malgré ces précédentes réformes, les résultats sanitaires restaient médiocres par rapport aux autres pays de l'Union Européenne. Le premier Ministre Tony Blair a alors prévu d'autres réformes du NHS destinées à améliorer ses performances en termes de qualité des soins et de réactivité. Le Ministère de la Santé a élaboré le NHS Plan, un plan de réforme qui a assigné au NHS plus de 400 objectifs à atteindre. [17][18]

Cette réforme du NHS a surtout mis en place une augmentation des moyens financiers accordés au NHS et une refonte de l'organisation interne du service national de santé. [17]

Le rôle des *Health Authorities* a été remplacé par des *Strategic Health Authorities* (Autorités stratégiques de la Santé). Ces dernières sont devenues des autorités exerçant des

fonctions de pilotage du système et non plus des acheteurs directs de soins. [17]

Les *GP fundholders* ont été supprimés. L'achat de soins secondaires a été confié à des *Primary Care Groups* (PCG) transformés au 1^{er} avril 2002 en *Primary Care Trusts* (PCT) (fonds de soins primaires). Ces trusts étaient des structures gestionnaires dépendantes du NHS avec lesquelles l'ensemble des médecins généralistes étaient contractuellement liés. [17]

Ces *Primary Care Trusts* constituaient les échelons locaux du NHS. Ils géraient 75% du budget du NHS. On en dénombrait 304, réparties sur l'ensemble du territoire. [17]

Depuis 2013, les PCT ont été remplacés par les *clinical commissioning boards* (CCG) (commissions de mise en service clinique). Elles sont devenues le principal relais local. [11]

Le conseil d'administration de ces instances locales est nommé au niveau national, par le Ministre de la Santé. Trois grandes missions leur sont assignées. Elles fournissent des soins primaires, essentiellement sous forme de consultations de médecine générale. Elles achètent des soins secondaires auprès de prestataires locaux. Enfin, elles sont chargées de la santé publique à l'échelon local. [17]

Pour que les CCG mènent à bien leurs missions, le Ministère leur a attribué une enveloppe budgétaire, avec laquelle elles sont censées acheter des soins pour la population qu'elles desservent. Les soins regroupent les soins primaires, les soins prodigués en dispensaires, les soins hospitaliers, les médicaments et les actions de santé publique. [17]

Ces enveloppes sont essentiellement calculées à la capitation, en fonction d'une formule nationale qui tient compte des caractéristiques démographiques et socio-économiques de la région ainsi que des variations locales du coût du travail et du capital. Les CCG doivent veiller à ce que leurs dépenses annuelles ne dépassent pas l'enveloppe qui leur a été allouée. [6]

Les CCG achètent les soins primaires auprès de cabinets de médecine générale, qui occupent une place importante au sein du NHS. (Détails dans le paragraphe 1-2) [11]

Les CCG achètent les soins secondaires auprès d'offreurs de soins publics, privés ou à but non lucratif. Dans le secteur hospitalier, les offreurs sont restés les *NHS Trusts*. Le conseil d'administration des *NHS Trusts* est désigné à l'échelon national, par le Ministre de la Santé. Les *NHS Trusts* sont restés indépendants du CCG local et sont en concurrence avec d'autres offreurs pour remporter les marchés proposés par les CCG locaux. Ils sont censés équilibrer leur budget sur une période de 3 ans. [17][18]

Les contrats négociés avec les instances locales constituent la principale source de revenu des *NHS trust*. Jusqu'en 2006, les contrats étaient des *block contracts* (contrats globaux) annuels. [18] Ces budgets globaux sont actuellement remplacés par un nouveau système de rémunération : le *Payment by Results* (la rémunération aux résultats). Dans ce système, les prestataires sont rémunérés selon un barème national de tarification à la pathologie. [11]

La mise en place du *Payment by Results* va de pair avec l'importance accordée au choix des patients. Alors que les contrats globaux les obligeaient à recourir aux hôpitaux avec lesquels les instances locales avaient négocié un contrat, le nouveau mode de rémunération est

censé leur permettre d'avoir le choix entre un plus grand nombre de prestataires. En janvier 2006, le système *Choose and book* («Choisissez et réservez») a été mis en place : une fois que le médecin généraliste a décidé qu'une orientation vers l'hôpital ou vers un spécialiste était nécessaire, les patients qui ont besoin de soins non urgents se voient offrir le choix entre quatre ou cinq prestataires. Ces prestataires peuvent être des *NHS Trusts*, des centres de traitement indépendants, des hôpitaux privés ou des praticiens qui ont une compétence spécialisée et exercent dans le secteur des soins primaires. Un système électronique national de réservation permet aux patients de choisir la date et l'heure de leur rendez-vous. [11]

Récemment, afin d'accroître la concurrence localement et donner davantage de choix aux patients, la politique de santé s'est résolument orientée vers un renforcement du rôle du secteur privé dans la fourniture de soins de santé. Des centres de traitement indépendants (*independent treatment centres*), qui effectuent des actes diagnostiques de routine et des actes de chirurgie dans le cadre d'hospitalisations de jour ou de courte durée ont vu le jour ces dernières années. [11]

Même si la majeure partie des soins est dispensée par le NHS. Il existe toutefois un secteur dit « privé » de taille modeste, mais qui occupe une place non négligeable dans le domaine de la chirurgie non urgente. Près de 12% de la population anglaise est couverte par une assurance maladie privée. La souscription d'une assurance privée, par l'intermédiaire de l'employeur ou individuellement, est la plupart du temps motivée par la volonté d'éviter les longs délais d'attente imposés par le NHS. [6]

3.2.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé anglais

Au moment de mes recherches, la place du *General Practitioner* (médecin généraliste) dans le NHS était centrale. Le *General Practitioner* constituait la pierre angulaire du système de santé anglais. Les patients anglais devaient obligatoirement passer par le médecin généraliste pour accéder aux soins spécialisés. Le médecin généraliste prodiguait les soins de premier niveau et servait donc de filtre au système hospitalier et à l'accès aux spécialistes. Ils avaient le rôle de *gatekeeper* et les restrictions qu'ils imposaient pour l'accès aux spécialistes étaient pour beaucoup dans le fait que les dépenses de santé ont toujours été faibles en Angleterre. [11] [17]

Avec ce système structuré du système de soins, le développement des soins primaires notamment en matière de prévention et d'approche conjointe socio-sanitaire était très important. [6]

Le médecin généraliste était le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui. Depuis les années 2000, il n'existait plus aucune restriction réglementaire au changement de médecin dans une zone géographique donnée, le patient ayant seulement besoin du consentement du nouveau médecin. Cette liberté de changement est peu utilisée dans les faits. [6]

On a observé en Angleterre une plus forte reconnaissance des professions de santé intervenant dans les soins primaires notamment les médecins généralistes et les infirmières. Elle s'est traduite par l'existence d'un secteur de recherche et universitaire associé à des organismes de représentation professionnelle bien organisés. [6] La reconnaissance de la place

et de l'importance de ces professions dans la prise en charge des soins primaires s'est traduite par une valorisation financière de ces professionnels. En effet par rapport aux autres pays, la différence de rémunération entre les médecins généralistes et spécialistes est moins importante en Angleterre. Elle est la plus basse d'Europe, soit un revenu de (seulement) 18% inférieur aux spécialités. [11]

3.2.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé anglais

Le NHS est soumis à un ensemble complexe de mécanismes de régulation et de contrôle. [17]

Les *National Service Frameworks* (NSF) (recommandations pour le service national) sont des publications contenant des recommandations sur la manière dont les soins devraient être dispensés. Malgré l'accueil globalement positif réservé à la majorité des référentiels publiés, des réserves ont été émises. En effet, les critères de coût et d'efficacité n'auraient pas toujours été suffisamment pris en compte pour établir les recommandations, les praticiens seraient parfois mal informés du contenu des référentiels, qui ne seraient pas toujours actualisés en fonction des nouvelles données disponibles. [17]

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (Institut national pour la santé et l'excellence clinique) est un institut qui a pour vocation de promouvoir l'efficacité et un bon rapport coût-efficacité dans l'utilisation des technologies sanitaires, y compris dans les interventions de santé publique. Cet institut est une autre source importante de référentiels. [17]

La *Healthcare Commission* (commission pour la santé) est un organe national de contrôle. Elle est chargée de veiller au respect des normes nationales de qualité et de sécurité. Cette commission inspecte toutes les organisations du NHS et tous les prestataires de soins indépendants. Elle a de multiples fonctions, et est notamment chargée d'évaluer : la gestion et la qualité des services de soins et de santé publique du NHS, d'évaluer les performances de tous les *NHS Trusts* et de leur attribuer une note annuelle, de contrôler le secteur privé, de publier des informations sur la situation sanitaire et enfin d'examiner les plaintes formées contre les organisations du NHS. [17]

La *Healthcare Commission* contrôle également la conformité aux normes en matière de santé. Jusqu'en juillet 2005, l'évaluation annuelle des organisations du NHS était sanctionnée par l'attribution d'étoiles, de 0 étoile pour les organisations affichant la plus mauvaise performance à 3 étoiles pour celles qui affichaient les meilleurs résultats. Le principal critère entrant en ligne de compte était la capacité de l'organisation à atteindre l'objectif fixé par le gouvernement en termes de délais d'attente. De ce point de vue, ce système de notation a indiscutablement contribué à réduire de manière spectaculaire les délais d'attente interminables auxquels les patients du NHS étaient habitués. Toutefois, il a été accusé de fausser la pratique clinique, du fait que la qualité clinique ne jouait qu'un rôle mineur dans l'attribution des étoiles. [11]

Une *Audit Commission* (commission d'audit indépendante) est chargée de contrôler la gestion financière du NHS. Elle nomme des contrôleurs, qui examinent la situation financière des organisations du NHS et leurs méthodes de gestion. La commission publie des rapports locaux et nationaux sur les résultats financiers du NHS. [17]

De plus, une Commission de Qualité des Soins est en charge de la vérification du niveau de qualité des soins prodigués (y compris par les médecins généralistes), au travers d'inspections et de documents provenant des patients. Les établissements de soins doivent s'enregistrer auprès de cette commission afin d'être habilités à procéder à des activités régulières (y compris les soins de base). [6]

Les collectivités locales ne jouent qu'un rôle mineur dans la régulation du système. [17]

3.3.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en Angleterre

3.3.2.1 Démographie médicale en Angleterre

3.3.2.1.1 Densité de médecins par habitant

En 2012, le Royaume-Uni comptait une population comparable à celle de la France, soit 63,7 millions d'habitants, mais sur un territoire plus densément peuplé et de manière plus homogène (263 habitants/km²). [11]

Cette population a vieilli, mais de manière moins rapide que dans la plupart des pays voisins. En 2011, le Royaume-Uni comptait 16,7 % de la population âgée de 65 ans et plus, cette proportion devrait s'élever jusqu'à 22 % en 2030. [11]

En 2014, au Royaume-Uni, la densité médicale était l'une des plus basses d'Europe. Malgré une augmentation constante au cours des 40 dernières années, le nombre de médecins par habitant est resté très faible, en comparaison à d'autres pays européens. En 1970, on dénombrait 100 médecins pour 100 000 habitants, en 2011 on est passé à 280 médecins pour 100 000 habitants. Depuis 2009, on comptait 80 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La densité de médecins généralistes est restée stable depuis. [11]

Par conséquent, le nombre de consultations par habitant était lui aussi en dessous de la moyenne des autres pays européens (5 consultations/habitant/an en 2011), ce nombre est resté stable depuis 1980. [11]

En 2007, le *National Health Service* (NHS) employait 128 210 médecins, dont 33 364 généralistes, ce qui correspondait à 65,7 généralistes pour 100 000 habitants et à 187 spécialistes pour 100 000 habitants. [19]

En 2011, on dénombrait 173 408 médecins en activités. 29,2% étaient médecins

généralistes et 70,8% étaient des spécialistes. [11]

En 2014, selon une étude du NHS, le nombre de médecins généralistes était de 35 819, soit une augmentation de 0,7% en un an. [19]

Pour pallier à ce manque global de médecins, le Royaume-Uni a vu un grand nombre de médecins étrangers s'installer pour pratiquer dans le pays. Ces médecins étrangers exerçaient surtout en anesthésie, en médecine générale et en psychiatrie. Actuellement 36,8% des médecins en exercice sont des médecins étrangers. [11]

Depuis plusieurs années, le NHS a réalisé une collecte régulière de données sur :

- le nombre de médecins employés pour chaque grade et dans chaque spécialité,
- les flux d'entrants et de sortants pour chaque grade et dans chaque spécialité,
- les tendances susceptibles d'influencer l'offre et la demande en médecins,
- l'impact des nouvelles réformes sur l'offre et la demande en médecins,
- l'impact de la « substitution » et de l'évolution technologique des télécommunications sur la régulation des professions de santé,
- les grandes tendances sociales dans les choix de carrière (ex : féminisation du corps médical, changement de style de vie) et leur impact sur la démographie médicale. [6]

Ces informations sont prises en compte dans la planification future de la main d'œuvre et dans le développement de nouvelles politiques. [6]

3.3.2.1.2 Répartition sur le territoire

Le Royaume-Uni comptait, en juin 2012, 63,7 millions d'habitants, avec une densité moyenne élevée (263 habitants/km²). En Angleterre, mise à part la région de Londres et ses 5 285 habitants/km², la population était répartie de manière relativement homogène sur le territoire. Le Pays de Galles avait la densité la plus faible avec 148 habitants/km². 70,8% vivaient en zone urbaine et 1,6% en zone rurale. Il n'existait pas de zones de faible population. [11]

La répartition des médecins sur l'ensemble du territoire était également homogène avec par contre une plus forte densité de médecins sur la région de Londres. Pour détailler, on dénombrait pour 100 000 habitants :

— 340 médecins (toutes spécialités confondues, y compris médecine générale) pour sur la région de Londres,

- 290 sur la région Nord East England,
- 270 sur la région North West,
- 260 sur la région Yorkshire and the humber,
- 220 sur la région East Midland,
- 250 sur la région West Midland,
- 220 sur la région East of England,
- 230 sur la région South East et enfin
- 260 sur la région South West. [11]

Au moment de mes recherches, en Angleterre, il n'y avait pas de problème de répartition sur l'ensemble du territoire, les médecins étaient globalement bien répartis

cependant ils étaient en situation de pénurie générale. [11]

3.3.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins

En 2001, la part des médecins de 55 ans et plus était de 13%. [11]

En 2014, une étude du NHS retrouvait que 45,2% des médecins généralistes avaient moins de 45 ans et 21,9% avait plus de 55 ans. [19]

3.3.2.1.4 Féminisation de la profession

En 2000, 38% des médecins étaient des femmes. En 2011 ce nombre était de 45%. [11]

3.3.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin

En 2012, en Angleterre, un médecin généraliste travaillait en moyenne 7 heures par jour et passait 10 minutes par patient. [11]

Une étude du NHS montrait qu'en 2014, un médecin généraliste travaillait en moyenne 41,7 h par semaine. [19]

3.3.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en Angleterre

3.3.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

Chaque année, le Ministre chargé de la Santé fixe le nombre de places d'étudiants en première année de faculté de médecine. Depuis 1992, le Ministre s'appuie sur les recommandations faites par un comité d'experts spécialement chargé de le conseiller sur ce point : le *Medical Workforce Standing Advisory Committee* (MWSAC), ainsi que sur les engagements figurant dans les plans du NHS. [6] [14]

La pénurie actuelle a cependant conduit le gouvernement à augmenter le nombre d'étudiants en faculté de médecine, de préférence dans les universités situées dans les zones sous-médicalisées et à proposer des mesures renforçant l'attractivité de la profession. [6]

Sous le Gouvernement Blair, 3 universités ont été créées en zone déficitaire. [6]

Au moment de mes recherches, les études médicales de base duraient 5 ans et se déroulaient dans les *Medical Schools* qui étaient pour la plupart privées. Les procédures de

recrutement étaient spécifiques à chaque école de médecine, mais la majorité procédait à un examen d'entrée standardisé, ainsi qu'à un examen du dossier et requéraient un « A » en chimie et en biologie. Si l'étudiant a déjà obtenu un autre diplôme universitaire, la formation pouvait être raccourcie à 4 ans (sous réserve que le diplôme concerne une discipline scientifique). [11]

A la fin de ces 5 années, l'étudiant obtenait un diplôme reconnu par le *General Medical Council* (Conseil Général Médical) (GMC). L'étudiant pouvait alors entrer dans le *foundation program* (programme fondamental) d'une durée de 2 ans. L'accès se faisait sous réserve de l'obtention du diplôme précédent datant de moins de 2 ans et de l'autorisation de pratiquer délivrée également par le GMC. [11]

Le choix du programme (notamment de sa localisation) se faisait selon un score, calculé à partir de l'*Educational Performance Measure* (la mesure de performance éducative) et du *Situational Judgement Test* (test de jugement situationnel). L'*Educational Performance Measure* reposait sur le classement de l'élève au sein de son école de médecine, ainsi que sur ses diplômes antérieurs. Le *Situational Judgement Test* est sensé mesurer les aptitudes professionnelles des candidats. [11]

Les places en programme de spécialisation étaient attribuées aux élèves dont les scores étaient les plus élevés. La formation fondamentale comprenait de nombreux stages, ainsi qu'une spécialisation sommaire et une expérience dans un domaine en déficit (médecine générale ou recherche académique par exemple). [11] Ces pré-spécialisations étaient assez larges et n'avaient pas un caractère définitif. [6]

Avant 2010, le *Postgraduate Medical Education Council* (Conseil de la Formation médicale supérieure) était en charge du programme fondamental et de la spécialisation. Cette entité a été fusionnée avec le *General Medical Council*, qui depuis est en charge de déterminer les contenus des formations d'école de 1er et 2nd cycle. Le *Advisory Group Programs* (Groupe Consultatif des Programmes) est en charge du contenu des formations, tandis que le *Content Supervision Group* (Groupe de Surveillance des Contenus) s'assure que le système de formation produit le niveau de compétences nécessaires. [11]

En Angleterre, la limitation du nombre de places au début de la formation provient du fait que chaque école de médecine a un nombre limité de place à pourvoir déterminé préalablement par le Ministre de la Santé. [11]

3.3.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

La véritable spécialisation intervenait au terme des deux années du *foundation program* (le programme fondamental). La sélection à l'entrée s'effectuait au niveau national. Le *Speciality Workforce Advisory Committee* (conseil d'éducation et de formation de chaque spécialité) était en charge de déterminer le nombre d'étudiants qui seront formés et de sélectionner les candidats sur entretien et dossier. Les candidats pouvaient postuler à autant de spécialités qu'ils le souhaitaient. La spécialisation pouvait durer entre 3 et 8 ans. [6][11]

Enfin, afin de devenir docteur et membre du collège Royal de leur spécialité, les

étudiants devaient passer un examen final. [11]

Le *Medical Workforce Standing Advisory Committee* émettait tous les deux ans des recommandations sur le nombre futur d'étudiants à admettre par spécialités. Cette régulation était affinée par le *Speciality Workforce Advisory Committee*, composé de professionnels médicaux de la *British Medical Association*, de représentants du NHS et du système éducatif, qui conseillait le Ministre de la Santé quant à l'attribution de places par spécialité pour l'année à venir y compris pour les généralistes. [13]

Cependant, en médecine générale, le nombre de places proposées est supérieur au nombre de candidats. [6]

Le comité d'experts, confronté à la pénurie des effectifs, a proposé trois axes de développement pour une nouvelle régulation de la démographie médicale :

- augmenter le nombre de places en université
- recruter plus de médecins étrangers
- limiter au maximum les abandons des étudiants en médecine en cours de cursus, leur nombre étant estimé à 10 %, car les étudiants jugent que la formation est conservatrice, sans flexibilité et contraignante. [6]

3.3.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

Au moment de mes recherches, il existait des initiatives anecdotiques et éparses. Le Collège Royal de Psychiatrie a ainsi créé 10 bourses de 5000£, afin d'attirer des élèves plus nombreux et meilleurs. [11]

Je n'ai pas trouvé dans ma revue la littérature de mesures incitatives durant la formation concernant la médecine générale.

3.3.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en Angleterre

3.3.2.3.1 Mesures incitatives

Depuis le 1er avril 2005, des mécanismes incitatifs financiers sont expérimentés. Des bourses sont accordées aux jeunes médecins en échange de leur installation en zone sous-médicalisée (5.000 livres). [14]

Les termes contractuels liant les médecins généralistes au NHS fournissent certaines incitations géographiques de façon tacite. Par exemple, le revenu perçu par un cabinet dépend de certaines caractéristiques de la population servie, sur lesquelles la ruralité influe. [11]

3.3.2.3.2 Mesures désincitatives

L'offre de soins primaire au Royaume-Uni est organisée selon un principe de contractualisation entre les pouvoirs publics et les cabinets de médecins généralistes. Le *National Health Service* contrôle directement l'implantation des cabinets, et leur rémunération en fonction de la population desservie. [11]

Depuis 2007, les *Primary Care Trust* (PCT) et maintenant les *clinical commissioning boards* (CCG) sont tenus d'élaborer en lien avec les équipes locales du NHS une *joint strategic needs assessment*, c'est-à-dire une évaluation annuelle des besoins stratégiques, dont l'importance a augmenté avec la disparition des PCT en 2013. Appuyés sur des données concrètes et une collaboration avec les partenaires santé locaux, ces rapports sont sensés dresser un bilan du fonctionnement local du système de santé, et en déduire les besoins futurs. [11]

Au niveau national, les instances de régulation sont principalement le Ministère de la Santé et le NHS. Le Ministère de la Santé est responsable de l'environnement législatif qui encadre les contrats de soins primaires. Le NHS décide du budget de chaque CCG et décide également des lignes directrices en matière d'organisation de l'offre de soins. Le NHS supervise aussi la gestion des contrats avec les cabinets. [6]

Au moment de mes recherches, pour exercer dans un endroit donné chaque médecin devait être inscrit sur la liste tenue par l'autorité locale de santé (le CCG). Si c'est finalement le NHS qui décide si un médecin peut s'implanter ou non, les *Local Medical Committees*, conseillers des CCG, sont très largement inclus dans cette décision. [13]

Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée.

Quatre types de zones ont ainsi été définis :

- au-delà de 2.500 patients, les zones sont dites « désignées »,
- entre 2.100 et 2.500 patients, elles sont « ouvertes »,
- entre 1.700 et 2.100 patients, elles sont « intermédiaires »
- et en deçà de 1.700, les zones sont dites « restreintes ». [13]

Ces listes sont, cependant, remises en cause, car elles ne tiennent pas compte du profil du patient, de son âge, de ses pathologies et donc de son besoin potentiel en services médicaux. [13]

De nouveaux critères, plus fins, sont en cours d'élaboration, incluant la charge de travail du médecin généraliste et plus seulement sa liste de patients, afin d'évaluer au mieux l'adéquation entre l'offre et la demande en besoins médicaux. [11]

Le déficit de médecins généralistes au niveau national est venu remettre en question la régulation de la répartition géographique des médecins en ville en Angleterre. Le dispositif de contractualisation a permis d'empêcher un médecin de s'installer en zones restreintes, mais il n'a pas forcé l'installation dans une région donnée. [11]

Un autre dispositif de régulation a donc été mis en place par le NHS et fonctionne par ouvertures et fermetures de cabinets. Par exemple, en 2009, le Ministère a requis que toutes les organisations locales ouvrent chacune au moins un nouveau cabinet, et les plus démunies jusqu'à trois, en leur fournissant les moyens financiers nécessaires. Cette demande a conduit à

la création de 264 nouveaux cabinets. [11]

La fermeture de cabinets a été plus rare et soumise à des problématiques d'acceptabilité publique. En principe, lors du renouvellement de contrat avec un cabinet, les instances nationales et locales ont pu décider du non-renouvellement. En pratique, il n'existe pas de critères systématiques pour de telles fermetures. [11]

3.3.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés

La réforme d'avril 2002 a fait évoluer les modalités de contractualisation des médecins généralistes avec le NHS. Le NHS a proposé ainsi un contrat avec le cabinet médical et non plus avec le médecin généraliste seul. [15]

Avec ce nouveau système de contrat, le NHS a donc incité les médecins généralistes à exercer en groupe. Les listes individuelles à chaque médecin ont disparu et ont été remplacées par des listes de patients par cabinet. [15]

En Angleterre la pratique de groupes est donc devenue très répandue. Le regroupement s'est organisé dans des cabinets privés gérés par des professionnels qui exercent comme travailleurs indépendants. [15]

En 2010, 92% des médecins généralistes travaillaient en groupe. [15]

L'évolution la plus marquante de ces dernières années a été l'augmentation de la taille des groupes. En moyenne, un cabinet de groupe comprenait environ 6.000 patients inscrits pour 3 médecins et une équipe non médicale d'environ 6 temps plein (dont 4 personnels administratifs et 2 personnels soignants). Cependant en 2014, plus de 45% des généralistes exerçaient dans des groupes associant 5 généralistes et plus, contre 17% en 1975. [11]

Le regroupement est pluri-professionnel (association entre médecins généralistes et autres professionnels paramédicaux). La concentration de l'exercice médical au sein de gros cabinets médicaux a permis une collaboration active et interdisciplinaire. [15]

En Angleterre, des *minor injuries centers* (centres de blessures mineures) et des *walk-in centers* (centres sans rendez-vous), dont certains disposent de médecins, sont répartis en complément des cabinets de médecine générale. Ces deux dispositifs se sont avérés efficaces en complément des cabinets de médecine générale et des urgences, mais ne sont à même de fournir des soins de longue-durée ou un traitement à des problèmes graves. [11]

Au moment de mes recherches, les médecins généralistes étaient les seuls médecins de ville, les spécialistes exerçaient uniquement dans les établissements de soins. [11]

3.3.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en Angleterre

3.3.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

En Angleterre, au moment de mes recherches, le médecin généraliste était le pivot de l'organisation des soins. [6]

Comme expliqué précédemment, chaque cabinet a une liste de patients inscrits au cabinet. En effet, chaque citoyen britannique qui souhaite bénéficier des prestations du NHS doit s'inscrire chez un médecin généraliste. Selon la constitution de la NHS, le patient est libre de choisir son généraliste. [6]

Les médecins généralistes ont un rôle de *gatekeeper*, l'accès aux soins spécialisés est conditionné par une visite préalable obligatoire auprès d'eux. Les patients doivent d'abord le consulter pour accéder au spécialiste ou à l'hôpital. Le patient ne peut être pris en charge directement par l'hôpital que dans le cadre de l'urgence. [11]

Par ce rôle de *gatekeeper*, le généraliste tient un rôle prépondérant dans la gestion du dossier médical de ses patients, et est donc sensé avoir une vue globale de l'historique médical du patient. [11]

En plus de ce rôle, les missions du médecin généraliste anglais sont scindées en trois groupes : les *essential clinical services* (soins cliniques essentiels) qui constituent le cœur du métier du généraliste et qui doivent être fournis par l'ensemble des cabinets médicaux ; les *additional clinical services* (soins cliniques additionnels) qui concernent les actions de prévention et de coordination ; et enfin les *enhanced clinical services* (soins nationalement ou localement encouragés), qui sont des actions de promotion de la santé dont l'accomplissement est facultatif et rémunéré de manière spécifique. Le champ de l'activité d'un cabinet médical peut donc être ainsi à dimension variable. [11]

Les actions de santé publique ont fait l'objet d'une politique incitative nationale en grande partie accompagnée par des incitations financières. Celles-ci ont concerné quatre grands types d'actions : promotion de l'éducation de la santé, prise en charge des maladies chroniques, prévention par la vaccination et le suivi gynécologique. [16]

Les généralistes fournissent donc une palette de soins divers (alliant des composantes sociales, physiques et mentales), notamment en termes de prévention. Leurs compétences incluent la pédiatrie, la santé mentale, le diagnostic et la gestion de pathologies de longue-durée (diabète, asthme), l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie et la dermatologie. Certains se spécialisent cependant dans un domaine spécifique (tout en restant généraliste et recevant des patients y compris pour des affections ne relevant pas de leur spécialisation), et peuvent pratiquer des interventions chirurgicales mineures. [11]

La réforme de 2001 a laissé aux cabinets médicaux le choix d'assurer les gardes du soir et du WE ou de ne pas les assurer. Les cabinets effectuant un service continu sont rémunérés à cet effet. [16]

La pratique des cabinets de groupe mêlant personnels administratifs, paramédicaux et médicaux a permis des transferts de compétences entre professionnels. Avec la réforme du NHS de 2001, on a vu apparaître un transfert en chaîne des responsabilités des spécialistes vers les généralistes, des généralistes vers les infirmières, des infirmières vers les travailleurs

sociaux. Les médecins généralistes ont pu ainsi se spécialiser afin de mieux prendre en charge en ambulatoire certains types de soins. [6]

Les cabinets étaient responsables de fournir eux-mêmes des locaux adéquats et d'employer leur propre personnel. [11]

Un cabinet peut compter plusieurs médecins, mais un même médecin peut aussi exercer dans plusieurs cabinets. [16]

3.3.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

Contrairement aux idées reçues, au moment de mes recherches, les médecins généralistes étaient indépendants, ils exerçaient à titre libéral, mais sous contrat. [6]

Le contrat entre le *National Health Service* et les cabinets de généralistes a régis principalement les conditions de rémunération du cabinet pour les soins fournis à sa patientèle. Les soins fournis en cabinet généraliste étaient gratuits pour le patient. [6]

Du fait de ce lien direct entre le médecin et le NHS, la rémunération des médecins avait un caractère prévisible et normalisé. Tous les médecins étaient rémunérés selon les mêmes conditions. [6]

En Angleterre, leur rémunération dépendait du résultat du cabinet après déduction des frais et salaires des autres employés. [15]

La rémunération des médecins généralistes était complexe, car comportait différents modes de rémunération. [15]

Dans un premier temps, la rémunération à la capitation est versée par l'administration sanitaire de leur district (les CCG). Il s'agit d'un versement trimestriel calculé pour chaque patient en fonction de l'âge de la personne, le taux de mortalité du secteur, et des indicateurs socio-économiques (niveau de pauvreté dans la région, chômage...). Chaque médecin généraliste est en moyenne en charge de 1878 patients. En 2009 en moyenne, le CCG versait 56,20£/patient. [11]

Depuis 2004, en plus de cette rémunération à la capitation, les médecins généralistes reçoivent 3 types de revenus supplémentaires. Le *Minimum Practice Income Guarantee* (dotation minimale par médecin) sert de plancher à la formule de calcul de la rémunération. La *Quality and Outcomes Framework* (QOF) (part variable liée à la performance) est calculée à partir de standards gouvernementaux : les médecins gagnent des points convertis en rémunération dans 4 catégories : clinique, organisationnelle, expérience du patient et services additionnels. Et enfin, les médecins généralistes perçoivent un paiement à l'acte pour tout autre service que les soins basiques. [11]

Le QOF est un mécanisme de rémunération des médecins à la performance. Celui-ci a incité les médecins généralistes à assurer le suivi des patients. Le QOF a pris la forme d'un ensemble d'indicateurs de procédures et de résultats cliniques qui, en 2007, couvraient la qualité des soins, l'organisation des cabinets, l'attention portée et la satisfaction du patient,

ainsi que les services additionnels qui permettaient de mesurer l'efficacité de l'action du médecin par rapport à ces 4 domaines. Le barème du QOF contient 150 indicateurs, correspondant à un total de 1 000 points où chaque point correspond environ à 108,10 euros. Les cabinets peuvent accumuler des «points qualité» en fonction de leurs résultats pour ces indicateurs. Les points ne commencent à s'accumuler qu'à partir du moment où un certain seuil est atteint. Par exemple, les cabinets médicaux qui peuvent prouver que 90% des dossiers de leurs patients souffrant d'hypertension artérielle contiennent au moins une indication du statut tabagique du patient obtiennent le nombre de points maximum. [11]

L'objectif du QOF était d'évaluer si les recommandations concernant les meilleures pratiques étaient observées. [11]

Il faut noter que le remboursement d'une partie des frais administratifs et d'équipement était également perçu par le médecin généraliste. [15]

Les CCG doivent en principe respecter ces budgets. Tout manquement grave pouvant être lourd de conséquences pour le salaire et la carrière de leurs dirigeants. Même si certaines organisations ont pu dépasser leur enveloppe, cette discipline budgétaire a toujours permis au NHS de respecter à la lettre son plafond de dépenses, et a contribué fortement à la bonne maîtrise des dépenses de santé en Angleterre. [6]

Au moment de mes recherches, deux tiers des médecins généralistes étaient libéraux et étaient donc rémunérés comme expliqué ci-dessus. Cependant, un tiers des médecins généralistes travaillant en cabinet de groupe étaient salariés du cabinet. Dans ce cas, ils recevaient un salaire fixe. Bien que le contenu des conventions varie d'un lieu à l'autre, nombre de CCG ont également prévu l'application du QOF dans la convention des médecins salariés. [11]

3.3.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes

Avec la pénurie importante de médecins, la charge de travail par médecin s'est alourdie. Un épuisement des médecins s'est fait sentir depuis plusieurs années. Le taux important de départ en retraite anticipée en a été un des reflets. [6]

Pour ralentir ce phénomène, des incitations financières sont expérimentées depuis le 1er avril 2005, pour maintenir l'attractivité de l'exercice de la médecine générale :

- les médecins entre 60 et 65 ans susceptibles de partir à la retraite reçoivent une prime annuelle de 10.000 livres en échange de leur maintien en activité ;
- d'autres primes sont en cours de négociation : elles visent les médecins ayant cessés leur activité un temps et qui seraient prêts à reprendre leur activité médicale. [11]

FRANCE

3.4.1 Système de santé français

3.4.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé français

Le système de santé français est basé sur le système de type bismarckien, mais a depuis plusieurs années une tendance à un système mixte. L'assurance maladie est obligatoire et les cotisations sont prélevées sur une base socioprofessionnelle. [50]

Cependant depuis quelques années, on a observé une tendance à la disparition progressive du lien travail statut d'assuré social (couverture maladie universelle) pour laisser apparaître un financement partiel par l'impôt (contribution sociale généralisée). [50]

La naissance de la Sécurité sociale est datée du 4 octobre 1945. Toutefois, des mesures de protection sociale avaient déjà vu le jour précédemment. En 1898, et à la suite des initiatives allemandes suscitées par le chancelier Bismarck, une loi sur les indemnités d'accidents du travail fut promulguée en France. Puis, à l'issue de la Première Guerre mondiale, le retour de l'Alsace-Moselle en France donna l'occasion de mieux découvrir l'organisation germanique en matière de protection sociale. Des travaux parlementaires débouchèrent alors sur la loi de l'assurance sociale du 25 avril 1930. Cette loi mettait en place un régime de protection sociale pour la maladie, la maternité, l'invalidité et la vieillesse, mais uniquement pour les salariés en dessous d'un plafond de rémunération. [51]

À la sortie de la Seconde Guerre mondiale, le besoin de solidarité était très fort. Le gouvernement a souhaité débarrasser les travailleurs de lourdes incertitudes tout en créant un nouvel ordre social dans lequel les travailleurs assumeraient davantage de responsabilités. [51]

L'ordonnance du 4 octobre 1945 a donc créé la Sécurité sociale moderne. Elle se caractérisait notamment par les points suivants :

- elle concernait tous les salariés : sans considération de plafond de rémunération. Ils étaient rattachés au système général et obligatoire d'assurance sociale. Cette unique caisse remplaça alors les très nombreux organismes spécialisés par secteurs d'activité ;
 - les risques maladie, maternité, invalidité étaient financés par une cotisation sociale sur les salaires de 12 %, répartie à parts égales en cotisations employeur et cotisations employé ;
 - la mise en place du système général et obligatoire a englobé des professions particulières qui n'étaient pas couvertes jusqu'alors (chauffeurs de voiture par exemple). Une assurance longue maladie a été créée et l'assurance a été étendue aux travailleurs étrangers ;
 - les médecins avaient alors une position favorable. En l'absence de signature de convention, ils étaient libres de choisir leurs honoraires, et le remboursement s'effectuait sur la base de « tarifs d'autorité » fixés par arrêtés interministériels ;
 - un ticket modérateur (part de la dépense de santé demeurant à la charge de l'assuré) s'élevant à 20 % a été institué, de manière à éviter les consommations excessives de soins.
- [51]

Les bases de notre sécurité sociale actuelle étaient fixées. Cependant au fil des lois et des réformes de chaque gouvernement, l'assurance maladie a largement évolué.

Le système français d'assurance-maladie actuel repose sur une prise en charge

publique partielle complétée éventuellement par le recours à une assurance privée ou à une mutuelle.

En effet, en France, la couverture réalisée par l'Assurance Maladie ne rembourse qu'une partie des frais occasionnés par les soins. Pour réduire la part restante, et disposer ainsi d'une couverture santé optimale, il est possible de souscrire une complémentaire santé. Ce marché regroupe plus d'une centaine d'acteurs, de tailles variables, avec leurs spécialisations. En 2013 on dénombrait plus de 500 organismes de mutuelle. Le recours à une mutuelle n'était pas obligatoire et se faisait selon le choix de chaque individu. [16] Cependant, depuis le 1er janvier 2016, une complémentaire santé proposée par l'employeur est devenue obligatoire.

Concernant l'exonération du ticket modérateur, deux exceptions existent : les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et les patients en affection de longue durée (ALD). Les frais occasionnés pour leurs soins leur sont totalement remboursés. [16]

La fixation des tarifs de soins se fait par l'État. Mais ce système fait également l'objet d'exceptions (secteur 2, dépassements d'honoraires). La situation actuelle n'a pas été conçue comme « contrat optimal » reflétant les préférences de la société. Au contraire, elle est le produit d'une évolution sur laquelle ont pesé tant les contraintes budgétaires que les intérêts propres des diverses parties prenantes (médecins, patients et partenaires sociaux entre autres). [51]

Dans un contexte financier contraint et un environnement évolutif (les attentes du public en matière de santé, l'évolution démographique et le progrès technologique), l'assurance maladie a dû relever le défi suivant : préserver son caractère universel, obligatoire et solidaire. [51]

La loi n°810 du 13 août 2004 est venue réformer l'assurance maladie par une réorganisation articulée autour de deux axes :

- la mise en place d'un nouveau schéma institutionnel, appelé la nouvelle gouvernance,
- l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé avec une mise en avant de la responsabilisation des acteurs de santé, qu'ils soient usagers ou professionnels de santé. [51]

La nouvelle gouvernance s'est articulée autour de l'État. Il a fixé les grandes orientations en matière de santé publique et a garanti les principes fondamentaux du système de soins par le biais de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). [50]

La LFSS détermine, chaque année, pour la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents du travail, les maladies professionnelles, la vieillesse, le veuvage et la famille, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe, pour les différentes branches, les objectifs de dépenses des régimes de base. [50]

Au moment de mes recherches, les régimes de base étaient : la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), la CCMSA (Caisse centrale de mutualité sociale agricole) et le RSI (Caisse nationale du régime social des travailleurs indépendants). [50]

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est accompagné d'un rapport qui

décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les 4 années à venir. [50]

En cas d'évolution des dépenses de l'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM, le Comité d'alerte déclenche une procédure d'alerte et notifie le risque de dépassement au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie qui doivent présenter un plan de redressement, c'est-à-dire un plan d'économie. [50]

Depuis 1996, le rôle du parlement est d'examiner les projets et les propositions de loi concernant la Sécurité Sociale : droit de la sécurité sociale, les recettes fiscales (comme la contribution sociale généralisée) et les recettes parafiscale (comme les taxes sur le tabac et les alcools forts). [51]

Au moment de mes recherches, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) orchestrait l'assurance maladie. Elle prenait des décisions sur la nomenclature des actes et prestations remboursables, elle fixait le montant du ticket modérateur ainsi que le montant de la participation forfaitaire de l'assuré. Elle négociait et signait les conventions avec les professionnels de santé. Elle instituait une plus grande coordination entre les régimes de base et les organismes complémentaires. [50]

La Haute autorité de santé conseillait les pouvoirs publics et l'UNCAM. Elle contribuait, par ses avis, à l'élaboration des décisions sur la prise en charge et les remboursements et diffusait des référentiels de bon usage des soins et de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et du grand public. Elle élaborait des recommandations sur les conditions de prise en charge de certaines pathologies (affections de longue durée). [50]

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) émettait des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM relatives à la définition des conditions d'inscription au remboursement d'un acte et de la fixation du ticket modérateur. [50]

L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) émettait des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM. Elle examinait les programmes annuels de concertation avec l'UNCAM et l'UNOCAM. [50]

La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié l'organisation du système de santé aux échelons régionaux et territoriaux. [52]

Actuellement, les Agences régionales de santé (ARS) ont permis de regrouper pas moins de sept organismes dont elles ont repris les missions et les prérogatives : les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), les Missions régionales de santé (MRS), les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les Pôles santé et médico-social des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DDASS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et la partie sanitaire des Caisses régionales d'Assurance maladie. [52]

En tenant compte des spécificités de chaque région, les ARS sont chargées, d'une part, de mettre en œuvre au niveau régional, la politique de santé publique dans les domaines de la

santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. D'autre part, elles sont chargées de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux. [52]

Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général. Le conseil de surveillance des ARS est constitué de 25 membres et doit être réuni au moins deux fois par an. [52]

La CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie) est un organisme consultatif composé de 8 collèges et concourant, par ses avis, à la politique régionale de santé. Elle a émis des avis sur les différents éléments qui ont constitué le projet régional de santé (PRS) dans son ensemble. Elle compte 100 membres au maximum. [52]

Depuis la loi HPST, le territoire est constitué d'un nouveau découpage juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements : il s'agit d'une étendue géographique où la population résidente est censée disposer d'une offre de soins de qualité. [52]

Dans la loi HPST, la territorialisation a distingué l'offre de soins de 1er recours qui a pour vocation de répondre aux besoins de proximité, de l'offre de soins spécialisés de second recours qui mobilise des ressources médicales plus rares et doit être organisée selon un maillage territorial différent de celui de l'offre de 1er recours. [52]

Les ARS ont également depuis la loi HPST des délégations départementales. [52]

Dans le cadre de la loi HPST, il est prévu que la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) puisse faire l'objet de contrats locaux de santé conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales ou leurs groupements. Ces contrats portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social sur un territoire. [52]

Au moment de mes recherches, de nombreux organismes concernant la santé existaient en France, ci-dessous, quelques exemples.

La fusion de trois agences sanitaires est prévue par le projet de loi santé pour 2015. L'InVS (Institut de veille sanitaire), l'INPES (éducation et prévention) et l'EPRUS (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) sont regroupés au sein d'un Institut pour la prévention, la veille et l'intervention en santé publique. [49]

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) était chargé de surveiller en permanence l'état de santé de la population et son évolution. [7]

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) avait pour missions de mettre en œuvre les programmes de santé publique, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. [20]

Avec près de 40 missions dont plus de la moitié à l'international, l'EPRUS assurait différents types de missions. Il pouvait s'agir de missions de rapatriement ou d'évacuation

suite à des attentats ou des catastrophes naturelles et industrielles ; de missions de soins et de renfort de l'offre de soins lorsqu'une situation sanitaire exceptionnelle perdurait ; de dispositifs prudentiels lors de grands rassemblements ; de missions de lutte contre les épidémies. [20]

Depuis 2012, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a pour mission l'évaluation scientifique médicale et économique, le contrôle en laboratoire, l'information des professionnels de santé et l'information du public. [7]

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), sous la triple tutelle des Ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, évalue les risques sanitaires et nutritionnels des aliments destinés à l'homme et à l'animal en France. [7]

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE) a pour mission de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement. [7]

L'Établissement Français du Sang (EFS) a pour première mission d'assurer la satisfaction des besoins en produits sanguins labiles (PSL) sur l'ensemble du territoire national. [20]

L'Établissement Français des Greffes (EFG) est chargé de l'enregistrement de l'inscription des patients sur la liste nationale d'attente, de la gestion de celle-ci et de l'attribution des greffons, qu'ils aient été prélevés en France ou hors du territoire national. [20]

L'Institut de radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) effectue des recherches et des expertises sur les risques liés à la radioactivité et leurs conséquences sur l'homme et l'environnement. [20]

3.4.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé français

La définition des soins primaires en France est apparue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 sous le titre II « Accès de tous à des soins de qualité ». Elle a repris les propriétés de globalité et de coordination de prise en charge. [21]

Pour la première fois, les soins secondaires étaient définis en négatif par rapport aux soins primaires, appelés « soins de premier recours » par le législateur. [21]

Cependant, la continuité et la prise en charge globale sont historiquement dissociées dans le système de santé français. Lorsqu'un professionnel du soin secondaire suit un patient dans le cadre d'une pathologie rare ou pour laquelle il s'estime légitime, il revendique implicitement une fonction de continuité sans forcément envisager une prise en charge globale. [21]

En 2005, l'instauration conventionnelle du médecin traitant et du moindre remboursement en cas de non-respect du parcours de soins a introduit une forme de pénalisation financière en cas d'accès direct aux soins secondaires. [21]

L'adoption d'un principe de médecin traitant (et donc de *gate-keeper*) en France a constitué sans doute l'un des signes de l'évolution du système de santé vers un modèle de fourniture de soins et d'assurance maladie plus fiscalisé, d'inspiration beveridgienne. Cela s'est traduit par une organisation davantage intégrée de l'offre des médecins tout en conservant en France la logique d'une médecine libérale. [21]

Toutefois, le médecin traitant désigné par le patient n'est pas obligatoirement un médecin de soins primaires. [21]

Cette ambiguïté n'a pas été levée par l'article 36 de la loi HPST. Celle-ci a cité les soins de premier recours et la prise en charge continue des patients, mais n'a pas défini précisément les professionnels qui en sont chargés. [52]

La loi HPST n'a donc pas permis de lier clairement soins primaires et premier recours. Elle a incarné la difficulté à faire évoluer un système professionnel non hiérarchisé vers un système hiérarchisé dont les acteurs perçoivent la nécessité. [21]

La loi a favorisé la coopération entre professionnels, mais n'a pas défini de stratégie d'organisation de l'offre de premier recours. [52]

La loi HPST n'a pas fait le choix d'une autorité de régulation unique au niveau national. Elle a parié sur une évolution progressive de l'organisation des soins de premier recours. [52]

3.4.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé français

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est un organisme de défense et de régulation de la profession médicale en France. Les titulaires d'un doctorat de médecine obtenu en France, ou d'un diplôme équivalent obtenu en Europe, sont dans l'obligation de se déclarer à l'Ordre pour pouvoir exercer. [5]

L'Ordre publie chaque année un atlas de démographie médicale réalisé à partir des données du tableau de l'Ordre des médecins, qui fournit un certain nombre d'indicateurs, tels que le nombre de médecins actifs et retraités par région, le nombre de médecins avec une activité régulière, selon l'âge, le genre, la spécialité, le mode d'exercice et la densité médicale, par région, département et bassin de vie. [5]

Depuis 1977, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a récolté et informé sur le plan national les données sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à un remboursement par les caisses gérant l'Assurance Maladie. Son système d'information a été appelé « Système National Inter-Régimes » (SNIR). [5]

Elle a mis à disposition sur Internet des données statistiques dans le domaine de l'activité et de la démographie médicale, et a publié des données et analyses médico-économiques ou statistiques relatives au système des soins. [5]

Les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) ont été créées dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Il est prévu 5 URPS élues par les professionnels libéraux en exercice sous le régime conventionnel : URPS médecins libéraux, pharmaciens d'officines, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes. Ce sont des associations fonctionnant sous le régime de la loi de 1901. [52]

Les unions régionales des professions de santé ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. [52]

Elles participent entre autres : à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ambulatoires ; à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins, mais aussi de nouveaux modes d'exercice ; à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients ; aux actions de prévention, de veille sanitaire, de gestion de crises sanitaires, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ; à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ; au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés ; à la mise en œuvre du développement professionnel continu. [52]

3.4.2 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes en France

3.4.2.1 Démographie médicale en France

3.4.2.1.1 Densité de médecins par habitant

Au 1er janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants. Les personnes de 65 ans ou plus représentaient 17,1 % de la population (contre 16,0 % il y a dix ans). Le nombre de personnes de 60 ans ou plus a augmenté de 22,6 % en dix ans et leur part dans l'ensemble de la population française était presque équivalente à celles des jeunes de moins de 20 ans. [16]

Suite aux politiques menées, le nombre de médecins a été multiplié par 5 entre 1950 et 2000 (alors que la population a augmenté de 50%). [23]

En 1970, on dénombrait 130 médecins pour 100 000 habitants dont 40% étaient des spécialistes. En 2000, on dénombrait 331 médecins pour 100 000 habitants dont 51% étaient des spécialistes. [16]

Au 1er janvier 2015, le tableau de l'Ordre National des Médecins recensait 281 087 médecins, soit 1,7% de plus que l'année précédente. Parmi ces médecins, 215 539 étaient en activité totale, 65 548 étaient en retraite dont 14 665 en cumul emploi-retraite. [22]

Au 1er janvier 2015, le tableau de l'Ordre recensait 58 104 médecins généralistes en

activité régulière, soit une diminution de 10,3% des effectifs depuis 2007. [22]

A la même date, le tableau de l'Ordre enregistrait 108 577 médecins qui exerçaient une spécialité médicale ou chirurgicale en dehors de la médecine générale, soit une augmentation des effectifs de 6,1% depuis 2007. [22]

Alors qu'en 2007, on dénombrait 100,1 médecins généralistes/100 000 habitants, au 1er janvier 2015 en France, on en dénombrait en moyenne 88,7. [22]

3.4.2.1.2 Répartition sur le territoire

Au 1er janvier 2015, on notait de très fortes disparités géographiques de répartition des médecins sans rapport avec la démographie ou l'état de santé des populations (pénurie en zone rurale, en banlieue et dans les régions du Nord). [22]

Les inégalités de répartition des médecins sont anciennes et n'ont été que faiblement réduites en vingt ans. [22]

La France est l'un des pays dans lequel la variation de densité médicale entre les régions est la plus élevée. [16]

Les chiffres indiqués ci-dessous sont tous datés du 1er janvier 2015. Ils datent donc d'avant la Loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la nouvelle délimitation des régions. [22]

Concernant la démographie de médecins généralistes, toutes les régions ont enregistré une baisse plus ou moins importante de leur densité. [22]

La région Île-de-France a enregistré la plus forte baisse. Elle est passée d'une densité de 88,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à une densité de 73 médecins généralistes pour 100 000 habitants. [22]

La région Bourgogne était la deuxième région à enregistrer la plus forte baisse de densité médicale. Elle est passée de 93,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 78,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015. [22]

La région Centre est passée de 86,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007 à 73,4 en 2015. Soit une diminution de 15,4% de ses effectifs en médecins généralistes. [22]

La région PACA est passée de 126,6 médecins pour 100 000 habitants en 2007 à 106,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Malgré la forte diminution de densité, la région PACA est restée supérieure à la moyenne nationale. [22]

A l'opposé, les régions Franche-Comté, Corse et Alsace sont relativement préservées par cette désertification de la profession puisqu'elles ont enregistré les plus faibles diminutions de densités médicales sur la période 2007/2015. [22]

A l'échelle départementale, les écarts de densité de médecins généralistes ont mis en évidence des départements qui se sont désertifiés nettement plus rapidement que d'autres. [22]

Ainsi le département de Paris et de l'Yonne ont enregistré une baisse de 25% de leur densité de médecins généralistes sur la période 2007/2015. [22]

Seuls les départements de la Savoie et du Doubs semblent épargnés puisqu'ils ont enregistré une stabilisation voire une légère hausse de leurs densités de médecins généralistes. [22]

Concernant la démographie médicale globale (toutes spécialités confondues), au 1er janvier 2015, la densité médicale métropolitaine était de 281,4 médecins pour 100 000 habitants. La région Picardie recensait la plus faible densité avec 230,9 médecins pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistrait la plus forte densité avec 352 médecins pour 100 000 habitants. [22]

L'analyse territoriale des effectifs des médecins (toutes spécialités confondues, y compris la médecine générale) exerçant en activité régulière sur la période 2007/2015 a permis de distinguer trois catégories de régions : les régions en augmentation, les régions en stagnation et les régions en diminution. [22]

Les régions dont la densité médicale globale a diminué étaient : la Picardie, l'Île-de-France, la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, le Centre, le Limousin, les Midi-Pyrénées et la région PACA. [22]

Les régions dont la densité médicale globale a stagné étaient : la Haute-Normandie, la Lorraine, le Poitou-Charentes et l'Auvergne. [22]

Les régions dont la densité médicale globale a augmenté étaient : le Nord-Pas-de-Calais, la Basse-Normandie, les Pays de la Loire, la Bretagne, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon, les Rhône-Alpes, la Corse, la Franche-Comté et l'Alsace. [22]

Ces données régionales doivent toutefois être interprétées avec précaution, dans la mesure où il peut exister de nombreuses disparités au sein d'une même région. [22]

À l'échelle départementale, on note de fortes disparités entre les territoires. [22]

37 départements comptabilisaient une densité supérieure à 282 médecins/100 000 habitants. 10 départements se trouvaient dans la classification de la densité moyenne avec un nombre de médecins compris entre 251,5 médecins/100 000 habitants et 282 médecins/100 000 habitants. Un département sur deux recensait une densité inférieure à 251 médecins pour 100 000 habitants. [22]

Le département de l'Eure avait la plus faible densité médicale globale avec 167 médecins pour 100 000 habitants. A l'opposé, le département de Paris avait la plus forte densité médicale globale avec 678,2 médecins pour 100 000 habitants. [22]

De façon générale, les départements du pourtour méditerranéen sont très attractifs, ainsi que la Côte Atlantique et Paris. [16]

La répartition géographique est un vrai problème en matière d'accès aux soins. [16]

3.4.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins

Au 1er janvier 2015, les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, étaient âgés en moyenne de 51,5 ans, les médecins âgés de 60 ans et plus représentaient 26,4% des effectifs. Ces médecins sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2020 tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 40 ans, ne représentaient que 17,4% de l'effectif total. [22]

Les médecins généralistes étaient âgés en moyenne de 52 ans. 26,7% étaient âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentaient 14,8% de l'ensemble des effectifs. [16]

Sur les 4 dernières années, en France, l'âge moyen des médecins généralistes a augmenté davantage que celui des autres spécialistes. [16]

3.4.2.1.4 Féminisation de la profession

La part des femmes dans la profession médicale est passée de 38% en 2007 à 45% au 1er janvier 2015. [16]

Au 1er janvier 2015, les femmes représentaient 58% de la jeune profession. Elles représentaient 53% des nouveaux inscrits en 2006. [16]

Les médecins généralistes étaient représentés à 55% par les hommes et à 45% par les femmes. [22]

Les études menées au niveau universitaire ont confirmé que les femmes étaient aujourd'hui majoritaires dans le cursus universitaire médical. [16]

Ces études ont permis de constater que sur les dix années à venir le taux de féminisation des nouveaux diplômés passera de 51% à 60% pour la médecine générale, de 50% à 55% pour les spécialités médicales et de 26% à 32% pour les spécialités chirurgicales. [22]

3.4.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin

Au moment de mes recherches, un médecin généraliste travaillait en moyenne 48 heures par semaine. [16]

3.4.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale en France

3.4.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

En France, c'est l'État qui détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants et qui délivre les diplômes. [23]

En 1960, la densité médicale en France était l'une des plus basses d'Europe. Le nombre d'inscriptions en faculté de médecine a enregistré un bond important en 1967, ce qui a expliqué l'instauration en 1971 d'un *numerus clausus*, pour diminuer les effectifs, mais également pour garantir la qualité de la formation clinique et pratique dans les services hospitaliers. [23]

Le *numerus clausus* a permis de fixer le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. [23]

Fixé initialement à 8 588 places, il n'a vraiment diminué qu'à partir de 1978. [23]

Entre 1971 et 1987, de nombreux médecins se sont installés. Ce n'est qu'à partir de 1987 (du fait de la durée des études médicales) que l'on a observé un impact du *numerus clausus* sur le nombre de médecins débutants. [23]

Puis de 1979 à 1993, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, les pouvoirs publics ont conduit une politique de *numerus clausus* restrictive. Il s'agissait non seulement de freiner la croissance de l'offre et le développement d'une concurrence génératrice de demande induite, mais aussi de garantir un revenu satisfaisant à la profession, en conservant le mode de rémunération à l'acte. [23]

Dans ce contexte, le *numerus clausus* a atteint la limite de 3 500 places en 1993. [23]

1994 a marqué le retour d'une politique expansive du *numerus clausus*, mais plutôt timide au début. [23]

A partir des années 2000, le discours dominant ne dénonçait plus la pléthore, mais la pénurie de médecins. Le gouvernement a alors redressé progressivement le *numerus clausus* avec 7 300 places en 2008. [23]

Selon les années, entre 15 % et 25 % des étudiants sont autorisés à poursuivre leurs études. De façon générale, le concours de première année a favorisé les redoublements, ce qui a contribué à allonger la durée effective des études. [16]

Au moment de mes recherches, les études médicales duraient de 9 à 11 ans selon les spécialités. Elles sont organisées en trois cycles de durée inégale : le premier dure 2 ans, le deuxième 4 ans et le troisième de 3 à 5 ans selon les spécialités. [16]

Les deux années du premier cycle étaient uniquement théoriques.

Toute personne ayant obtenu son baccalauréat pouvait s'inscrire en première année

d'étude médicale. Habituellement, l'étudiant s'inscrit dans la faculté de la région où il réside. Le passage de la 1^{re} à la 2^e année du premier cycle est sanctionné par un concours. Le *numerus clausus* est fixé par arrêté ministériel au niveau national et par faculté de médecine. Depuis 2011, le gouvernement a mis en place la PACES qui rassemble 4 filières : médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique (sage-femme). Le taux de réussite des candidats inscrits au concours de la filière médecine était d'environ 19% en 2011. [16]

En cas d'échec au concours, un étudiant est autorisé à retenter l'examen une fois seulement. (Ou à titre exceptionnel une troisième fois, pour raison médicale par exemple).

Le deuxième cycle durait 4 ans. Il conjugait à la fois des cours théoriques et des cours pratiques grâce à des stages s'effectuant majoritairement à l'hôpital.

A chaque fin d'année, un examen attendait les étudiants. En 2014, le taux de redoublement était de 6% en PCEM2 (2^eme année du 1^{er} cycle), 6% en DCEM1 (1^{ère} année du 2^eme cycle), 9% en DCEM2 (2^eme année du 2^eme cycle), 11% en DCEM3 (3^eme année du 2^eme cycle) et 22% en DCEM4 (4^eme année du 2^eme cycle). [24]

Le taux d'abandon des études médicales est en moyenne de 5% sur l'ensemble du cursus de 1^{er} et 2^d cycles. [24]

À l'issue de la 4^e année du deuxième cycle, les étudiants passaient les épreuves classantes nationales (ECN). Cet examen a remplacé le concours de l'internat en 2004. [23]

Les épreuves classantes nationales (ECN) permettaient aux étudiants ayant validé leur second cycle et ayant passé les épreuves, de choisir un poste d'interne dans la France entière, dans la spécialité de leur choix, en fonction de leur rang de classement. [23]

3.4.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

Depuis 2004, à la différence du concours de l'internat qui ne concernait que les spécialistes, tous les étudiants doivent passer les ECN pour passer en troisième cycle. [25]

En fonction de leur rang de classement, les futurs médecins choisissent une discipline parmi les onze proposées (appelée «filiatation») et un lieu de formation sur l'ensemble du territoire français. En pratique, le nombre de postes offerts est supérieur au nombre de candidats. [25]

Le nombre de postes offerts par discipline et lieu d'affectation est fixé annuellement au Journal officiel. [25]

Le choix des postes à l'issue des ECN a entraîné une mobilité géographique très importante (de l'ordre de 50% chaque année), ce qui a relativisé les effets du *numerus clausus* régionalisé sur l'implantation géographique des médecins à l'installation. [16]

Le troisième cycle, appelé aussi internat, durait de 3 à 5 ans selon les spécialités, il est effectué en milieu professionnel (majoritairement en centre hospitalier). Le diplôme de

médecine est obtenu par la soutenance d'une thèse et la validation de semestres de spécialisation. [16]

La mise en place d'une filière universitaire de médecine générale (FUMG) a permis de valoriser la discipline auprès des étudiants. Elle est depuis 2004 une spécialité à part entière sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées à l'issue de l'internat. La loi n° 2008-112 du 8 février 2008 a permis de créer un statut pour les personnels universitaires de médecine générale. En 2013, on recensait pour la médecine générale dix professeurs universitaires pour 4 300 professeurs universitaires praticiens hospitaliers, 215 professeurs associés et 48 chefs de clinique (3500 pour les autres spécialités). [16]

L'introduction des épreuves classantes nationales a cependant révélé la faible attractivité de la médecine générale : 14 % des postes offerts en médecine générale n'ont pas été pourvus en 2006. En 2008, sur les 620 postes d'internes non pourvus, 609 concernaient la médecine générale. [16]

En 2015, 3752 postes de médecine générale étaient ouverts sur un total de 8054. Mais seulement 3645 postes de médecine générale ont été pourvus alors que tous les postes de spécialité médicales et chirurgicales ont été pourvus. 46% des postes pourvus sont des postes de médecine générale. [22]

En pratique, la part de postes non pourvus en médecine générale a augmenté chaque année, certains étudiants ne remplissant pas, parfois volontairement, les conditions pour participer à la procédure d'affectation dans l'espoir d'un meilleur classement l'année suivante. [16]

La formation pratique est restée centrée sur la découverte d'un exercice spécialisé, encadré et collectif, au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU), éloignée de l'exercice de terrain de la médecine générale. [16]

3.4.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

Depuis l'arrêté du 18 juin 2009, un stage en médecine générale en cabinet de ville durant le 2ème cycle est devenu obligatoire. Il dure soit six semaines à temps plein, soit trois mois à mi-temps, soit soixante demi-journées, selon l'organisation des facultés. Ce stage doit favoriser une meilleure visibilité de la médecine générale par les étudiants. [16]

Durant le 3ème cycle, les internes doivent réaliser au moins deux semestres dans des hôpitaux non universitaires, afin de favoriser l'exercice en hôpital général. [16]

Durant ce 3ème cycle, les internes de médecine générale effectuent également un stage obligatoire en médecine générale, il s'agit du stage de niveau 1. Ce stage dure 6 mois, il se déroule généralement dans plusieurs sites d'exercice, à raison de 9 demi-journées par semaine, encadré par 1 à 3 maîtres de stage. Le maître de stage doit être présent, à son cabinet ou dans le centre de santé, en même temps que l'interne et organiser progressivement les différentes phases du stage. Trois périodes s'intriquent au cours de ce stage. La première est une phase d'observation active au cours de laquelle le stagiaire regarde, écoute et peut intervenir durant la consultation en présence du maître de stage. La deuxième phase est semi-

active, le stagiaire consulte les patients en présence du maître de stage. Enfin, la dernière phase est une période active, le stagiaire peut effectuer seul des actes. La consultation reste sous la supervision de son maître de stage car ce dernier doit rester joignable pour tout questionnement du stagiaire. L'objectif principal de ce stage est la mise en autonomie de l'interne en contexte de médecine générale ambulatoire.

Un deuxième stage de médecine générale est proposé aux internes de médecine générale. Il s'agit du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Ce stage est organisé en dernière année du 3ème cycle des études médicales. Il est pour l'instant facultatif. Il a pour objectif principal de perfectionner l'autonomie de l'interne pour lui permettre d'exercer seul. Ce stage de 6 mois se déroule à raison de 11 demi-journées d'activité par semaine, avec deux demi-journées consacrées à la formation universitaire et neuf autres demi-journées consacrées à la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie.

En 2011, un dispositif de Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) a été introduit, créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », qui incite financièrement les étudiants à choisir un poste d'interne dans une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. L'engagement porte sur une durée équivalente à la durée pendant laquelle le bénéficiaire a perçu l'allocation mensuelle prévue par le contrat. En 2013, 591 CESP ont été signés (57 en médecine générale soit 79% des CESP et 97 en 2014 soit 71% des CESP).

Selon le ministère, 1 500 contrats devraient progressivement être signés d'ici 2017. [27]

Les aides financières aux étudiants de 3e cycle de médecine, mises en œuvre par certaines régions, comportent : des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de 3e cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages en zones déficitaires, des indemnités d'études et de projet professionnel à tout étudiant à partir de la première année du 3e cycle s'il s'engage à exercer comme généraliste au moins cinq ans en zone déficitaire. [26]

3.4.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation en France

3.4.2.3.1 Mesures incitatives

Pour mieux répartir les médecins sur le territoire sans revenir sur la liberté d'installation, une logique d'incitation essentiellement financière a prévalu jusqu'à aujourd'hui. Ces mesures sont nombreuses, diverses (mesures législatives et réglementaires, conventionnelles, contractuelles) et font intervenir des acteurs de niveaux différents (État, Assurance maladie, collectivités territoriales). Les premières dataient de 1996, mais c'est depuis 2005 qu'on a privilégié le recours à ce type de mécanisme. Ils ont pour but d'inciter les médecins à exercer dans les zones définies comme sous-denses. [28]

Trois grands types d'aides, cumulables entre elles pour la plupart, peuvent être distingués, selon qu'elles sont financées par l'État, par les collectivités territoriales ou par la sécurité sociale. [28]

Les dispositifs financés par l'État ont concerné les exonérations fiscales. [28]

Les médecins ont pu prétendre aux dispositifs d'exonérations fiscales et sociales au titre d'une installation dans les zones franches urbaines (ZFU). De même, les cabinets médicaux libéraux créés en zone de revitalisation rurale (ZRR) ont pu bénéficier, depuis la loi du 23 février 2005, d'une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les cinq premières années, puis d'une exonération dégressive durant neuf ans. En 2009, le bénéfice moyen exonéré était, pour les dispositifs en ZFU et en ZRR, respectivement de 47 400 € et 58 800 € par médecin concerné. La loi de 2005 a aussi prévu une exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins. [16]

L'État a proposé également des contrats de PTMG (praticiens territoriaux de médecine générale) qui s'adresse aux médecins souhaitant s'installer (ou déjà installés depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral. Il faut être inscrit à un ordre départemental depuis moins d'un an, être installé ou s'installer dans un territoire prioritaire, assurer au moins 165 consultations par mois, pratiquer les tarifs de secteur 1 remboursés par l'assurance maladie et participer à la permanence des soins ambulatoire. En contrepartie, les avantages financiers sont les suivants : en tant que praticien territorial de médecine générale, la rémunération mensuelle garantie est de 6 900 € brut pendant le contrat, d'une durée d'un an renouvelable une fois. Ce montant de 6 900 € brut correspond au chiffre d'affaires réalisé par les 165 consultations mensuelles à 23 € (soit 3 795 €) complété d'une rémunération versée pour parvenir à 6 900 € brut, si ce montant n'est pas atteint par l'activité. Ce dispositif instauré dans le cadre du pacte territoire santé présenté fin 2012 a donné lieu à 180 contrats signés en 2013 et 200 supplémentaires en 2014. [16]

Les dispositifs financés par les collectivités territoriales aident à l'installation en zones déficitaires. [26]

La loi de 2005 a prévu que les collectivités territoriales pouvaient attribuer, dans les zones déficitaires, des aides financières à l'installation ou au maintien des médecins ainsi que des aides aux étudiants de médecine. La loi de 2005 a aussi prévu que les communes pouvaient exonérer de la taxe professionnelle pendant deux à cinq ans les médecins libéraux qui s'établissaient ou se regroupaient dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située en ZRR. [26]

Certaines collectivités territoriales ont proposé aussi une prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement, une mise à disposition de locaux et de logement et une compensation de la TVA pour les professionnels de santé s'installant en zone déficitaire. [26]

Les dispositifs financés par la sécurité sociale sont nombreux. [26]

L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, a institué une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires. En contrepartie de la majoration des honoraires, le projet d'avenant prévoyait initialement, une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes qui décideraient de s'installer dans les zones « très surdotées », cette mesure étant sans effet sur les médecins déjà installés dans ces zones. Mais ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, car les syndicats de médecins libéraux ont rejeté la réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales, ressentie comme une mesure de coercition en matière d'installation. La revalorisation des honoraires

prévue a été toutefois accordée aux médecins généralistes concernés. [16]

L'Assurance maladie a mis en place l'exonération des pénalités du parcours de soins pendant une durée de cinq ans pour les soins dispensés ou prescrits par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral dans une zone déficitaire. [16]

Depuis 2005, l'Assurance maladie a mis en œuvre des contrats de bonne pratique susceptibles de favoriser l'installation ou le maintien des généralistes exerçant dans des zones spécifiques (exercice en station de montagne, en zone franche urbaine ou rurale). Ces contrats de bonne pratique prévoient une indemnité de remplacement de 300 euros par jour dans la limite de 10 jours par an en contrepartie d'un engagement de trois ans à l'exercice dans ces zones. De plus, il est prévu en zone franche urbaine une prise en charge à hauteur de 240 euros par vacation d'une demi-journée, dans la limite de dix jours par an, consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale. Enfin, le contrat de bonne pratique relatif à l'exercice en zone de montagne prévoit l'octroi d'une majoration de 2 000 euros en contrepartie d'un engagement à l'exercice de trois ans dans cette zone. [28]

L'Assurance maladie intervient également au moment de l'installation en proposant deux outils complémentaires d'information au niveau régional. Le premier, CartoS@nté, permet de visualiser sur un territoire donné, jusqu'au niveau communal, l'offre et l'activité des professionnels de santé. Le second outil, InstalS@nté, recense et informe sur la nature des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones définies comme prioritaires. [26] [28]

D'autres dispositions tendent à faciliter l'installation, comme la mise en œuvre du statut de collaborateur libéral, ou l'exercice de la profession, comme l'alignement des congés maternité sur le régime des salariées. [16]

Ces différents dispositifs qui doivent impacter la primo-installation, n'imposent que des engagements d'assez courte durée. Le recul n'est pas suffisant pour savoir si les médecins qui les ont choisis continueront de pratiquer au même endroit. [28]

Ces dispositifs sont majoritairement centrés sur des aides financières et ne répondent qu'imparfaitement aux critères déterminants du choix du lieu de l'installation des jeunes professionnels qui sont plus soucieux de la qualité de leur cadre d'exercice et de leur vie familiale que de maximiser leurs revenus personnels. [26]

3.4.2.3.2 Mesures désincitatives

Bien que les mesures incitatives n'aient pas de grandes répercussions sur l'amélioration de la répartition géographique des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire, aucune mesure de régulation de l'installation de médecins dans les zones très surdotées n'a été prise à ce jour en dépit des dispositions conventionnelles le prévoyant. [16]

L'article 43 de la loi dite « HPST » avait introduit un mécanisme de solidarité, le « contrat santé solidarité », visant à faire participer sur le plan médical les médecins en zones sur denses à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusaient de signer un tel contrat ou s'ils ne respectaient pas les termes de leur

engagement, ils devaient s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle. Face à la très vive opposition des médecins, Mme Roselyne Bachelot, alors Ministre de la Santé, a indiqué le 25 juin 2010, lors de l'ouverture du 4ème congrès national de médecine générale, qu'elle mettait cette disposition « entre parenthèses ». La loi Fourcade du 10 août 2011 a par la suite supprimé toute possibilité de sanction. [16]

3.4.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés

L'exercice en groupe des médecins généralistes libéraux se définit par la pratique dans un même lieu d'au moins deux praticiens. Cet exercice peut prendre des formes variées : être réalisé par exemple dans un cabinet, une maison ou un pôle de santé qui réunissent soit uniquement des médecins, on parle alors de groupe médical, soit un ou des médecins avec un ou d'autres professionnels de santé (infirmière, kinésithérapeute, etc.), on parle alors de groupe pluri professionnel. [29]

Les maisons de santé ont été créées en 2008. Elles ont permis de rassembler les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sur un même site et organiser leur activité autour d'un projet médical commun. Plus récemment, des pôles de santé sont apparus avec un objectif plus large d'organisation de l'offre de soins de premier recours. Ils se sont appuyés sur la coopération de l'ensemble des acteurs, professionnels libéraux et établissements de santé, dans une structure rassemblant une ou plusieurs maisons de santé, des cabinets médicaux et des établissements hospitaliers ou médico-sociaux. [29]

Pour favoriser le développement des maisons de santé, l'article 44 de la Loi de 2008 a introduit un dispositif de nouveaux modes de rémunération, s'ajoutant ou se substituant au paiement à l'acte. [29]

Les dispositifs incitant à l'installation ont cherché également à transformer les modes d'exercice vers un exercice plus regroupé. Par exemple, le montant des consultations et visites réalisées par les généralistes exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire dans des zones prioritaires a été majoré de 20 %. L'aide est versée directement par l'Assurance maladie, sans dépense supplémentaire pour les patients. [29]

On a assisté à une montée en puissance des maisons de santé. On en dénombrait 19 en 2006, 27 en 2007 et 160 en 2009. En mars 2015, on dénombrait un total de plus de 1023 Pôles et Maisons de Santé actives ou en projet, contre 929 à la même époque l'année dernière. Leurs coûts de fonctionnement sont en partie financés par des subventions de l'Assurance maladie au titre de leur participation à l'amélioration de la qualité des soins. [29]

En 2015, au sein de chaque Maisons de Santé pluridisciplinaires on retrouvait en moyenne 5.1 médecins et 9.2 professionnels paramédicaux qui exerçaient en libéral. [16]

En 2015, l'exercice en groupe était majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe était passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation a été particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui étaient près de huit sur dix à travailler en groupe. [29]

Les trois quarts des médecins généralistes exerçant en groupe travaillaient dans des

cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblaient en majorité deux ou trois praticiens. [16]

Le quart restant des généralistes exerçant en groupe travaillait en groupe pluri professionnel (au moins un professionnel paramédical) dans des structures de taille extrêmement variable. [16]

L'exercice en groupe a permis de générer des honoraires légèrement plus élevés et d'employer plus fréquemment du personnel. Le regroupement a semblé 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 ont déclaré travailler généralement moins de cinq jours par semaine, mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. Ce mode de fonctionnement semblerait donc permettre de mieux concilier l'exigence d'une plus grande disponibilité de l'offre de soins (par exemple avec des horaires étendus d'ouverture du cabinet, y compris le samedi) et les aspirations personnelles des jeunes médecins (aménagement des horaires individuels, conditions de travail...). [29]

La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation et l'encadrement des étudiants. [29]

3.4.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé en France

3.4.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

En 2014, les médecins exerçant en ville représentaient 65,5% des effectifs totaux contre 34,5% en établissements. Le secteur d'activité en ambulatoire était donc très développé. Mais cette proportion différait beaucoup selon qu'on observait les médecins généralistes ou les médecins d'autres spécialités. En effet, 81% des MG exerçaient en ville contre 53 % seulement des autres spécialistes. [16]

La charte établie en 1927 par les premiers syndicats de médecin a posé les principes de la médecine libérale, à savoir la liberté totale d'installation, la liberté de prescription, le secret professionnel et la liberté de fixation des tarifs par entente directe entre le médecin et le patient. Seul, ce dernier a évolué avec l'émergence progressive d'un cadre conventionnel à partir de 1945, avec la création de l'assurance maladie obligatoire. [23]

L'autorisation d'exercer en France est octroyée par l'Ordre des médecins sous trois conditions : la détention d'un diplôme reconnu par le Code de la Santé Publique, une condition de nationalité et l'inscription à un tableau de l'ordre des médecins. [16]

Pour s'installer dans une ville ou un village, il suffit au médecin de s'inscrire auprès de l'ordre départemental des médecins correspondant, lequel s'assure qu'il remplit les conditions de diplômes et de nationalité en vigueur. [16]

Le conventionnement est automatique. Depuis la Loi du 3 juillet 1971, la convention est fixée au niveau national. La convention fixe les tarifs des actes (consultations et actes techniques dont la liste et la hiérarchisation sont établies par l'État dans une nomenclature),

c'est-à-dire les tarifs à partir desquels sont calculés les remboursements versés aux assurés qui, par ailleurs, acquittent un ticket modérateur (30% pour les honoraires médicaux). [30]

L'accès au conventionnement requiert uniquement l'inscription au tableau de l'Ordre national des médecins. En particulier, il n'est pas tenu compte de la spécialisation du médecin ou du lieu d'exercice envisagé. [16]

Plusieurs réformes ont été instaurées par la loi du 13 août 2004. [30]

Tout assuré de 16 ans et plus doit indiquer à son organisme d'assurance maladie le médecin traitant qu'il a choisi librement. Le médecin traitant assure les soins de premier niveau et oriente le patient, si besoin, vers un spécialiste qui sera appelé « médecin correspondant » qui informera le médecin traitant du diagnostic. [30]

Le médecin traitant rédige les protocoles pour les affections de longue durée, il informe le patient sur la prévention et l'éducation sanitaire, et synthétise les informations médicales qui le concernent. [31]

Le patient doit consulter son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste, sous peine d'être moins bien remboursé (majoration du ticket modérateur). Les gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres pour les jeunes de moins de 26 ans peuvent être consultés en accès direct. [31]

La reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste en 2004 a constitué une première étape de régulation de l'offre de premier recours. La réforme du médecin traitant a permis de reconnaître à la médecine générale le rôle de filtre (*gate keeping*) dans l'accès aux soins spécialisés, afin d'accroître la qualité et l'efficacité du système de santé. [30]

L'adoption du principe de médecin traitant en France a constitué sans doute l'un des signes de l'évolution du système de santé vers un modèle de fourniture de soins et d'assurance maladie plus fiscalisé d'inspiration beveridgienne. [16]

Depuis 2003, la permanence des soins repose sur le volontariat des médecins libéraux. Le préfet est responsable de son organisation (sectorisation et réquisition) en lien avec le conseil départemental de l'ordre et un comité départemental. Elle vise à apporter une réponse à une demande de soins non programmée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (20h-8h). [31]

Il faut tout de même noter qu'en 2015, parmi les 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 25,4% déclaraient une formation complémentaire telle que la médecine d'urgence, les soins palliatifs... [22]

3.4.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

En 2014, parmi les 198 365 médecins en activité régulière, on recensait :

- 88750 médecins libéraux exclusifs,
- 87410 médecins salariés dont 65,8% d'hospitaliers,

- 22079 médecins avec un exercice mixte dont 67,4% de libéraux-hospitaliers. [22]

En ville, 78,5% des effectifs de médecins avaient un statut libéral contre 21,5% de salariés. En établissements 83,7 % des effectifs de médecins étaient salariés contre 16,3% de libéraux. [16]

Les médecins généralistes étaient à 58,20% des libéraux, 35% salariés et 6,8% avec une rémunération mixte. [16]

Pour les soins ambulatoires, l'exercice libéral de la médecine avec un paiement à l'acte et des tarifs fixés dans le secteur 1 dominait très largement le paysage national. [16]

Dans le secteur 1, les tarifs sont fixés par des conventions nationales et servent de référence pour les remboursements effectués par la sécurité sociale et les contrats d'assurances complémentaires. [16]

En 1980 un secteur 2 a été créé pour la médecine libérale. Il a autorisé les dépassements d'honoraire au-delà des tarifs opposables, mais en 1990, il a été restreint à certaines catégories en raison de son succès. Les dépassements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, mais par certaines assurances complémentaires. En 2005, seulement 13 % des médecins généralistes appartenaient au secteur 2. [25]

En revanche, à la même date, près de la moitié des spécialistes étaient en secteur 2 avec un taux de dépassement moyen de 51 %. [25]

L'inscription de la population auprès d'un médecin traitant a constitué un élément de réforme important. Elle a permis de passer d'une logique exclusive de paiement à l'acte à une logique mixte de rémunération. [31]

Depuis 2011, le tarif de base d'une consultation n'a pas augmenté. [16]

Mais depuis 2012, l'État a mis en place la rémunération à la performance (selon des objectifs de santé publique). Le médecin généraliste touche une somme d'argent si ses objectifs sont atteints. Les objectifs à atteindre sont liés à l'organisation du cabinet (pourcentage de télétransmissions...) ou à la pratique clinique (prescription de génériques, vaccinations, dépistage...). En 2014, le gain était en moyenne de 5.480 euros par an et par généraliste. [16]

Les médecins généralistes touchent également la rémunération médecin traitant. Chaque médecin traitant touche une somme d'argent selon le nombre de patients qui le déclare en tant que médecin traitant. Cette somme est plus importante si le patient est atteint d'une «affection de longue durée». Ce nouveau système de rémunération peut être comparé à une rémunération à la capitation existant déjà en Angleterre. [16]

Les médecins reçoivent une majoration pour la prise en charge des personnes de plus de 80 ans, qui présentent souvent de multiples pathologies et qui nécessitent une prise en charge globale. [16]

Enfin, les médecins généralistes conventionnés bénéficient d'un avantage auprès de

l'Assurance-maladie. En effet, l'Assurance maladie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales, différenciée selon leur appartenance au secteur 1 ou 2. [16]

3.4.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes français

En 2014, en moyenne, les médecins prenaient leur retraite à l'âge de 65 ans après avoir travaillé 34,9 ans. [22]

Ces neuf dernières années, les médecins retraités ont enregistré un accroissement de 75,1% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. [16]

Parmi les 6 130 médecins qui ont déclaré une date de retraite en 2014, 81,8% exerçaient leur activité en secteur libéral. 24,1% exerçaient dans un cabinet individuel ; 13% travaillaient dans un groupe mono-disciplinaire et 2,5% dans un groupe pluridisciplinaire. [22]

De 1988 à 2003, une allocation de remplacement de revenu était offerte aux médecins libéraux conventionnés qui acceptaient de cesser leur activité entre 57 et 65 ans. [27]

Cependant au vu du manque de médecins dans certaines régions, cette allocation a été suspendue et au contraire des réformes ont vu le jour pour inciter les médecins à maintenir leur activité. [27]

La loi Fillon du 21 août 2003 autorisait les médecins libéraux à cumuler leur retraite avec une activité médicale libérale à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la Sécurité Sociale. En cas de dépassement, la retraite était suspendue. [27]

La loi de financement de la sécurité sociale de 2009 a supprimé le plafond de ressources autorisées. Depuis, les médecins retraités ont pu cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction. Le médecin retraité doit informer l'Ordre départemental et la CARMF de son activité libérale. [27]

Les médecins salariés qui ont pris leur retraite à partir du 1er janvier 2004 sont autorisés à reprendre une activité salariée chez leur ancien employeur, après un délai de six mois ou, immédiatement, auprès d'un nouvel employeur. Le cumul des pensions avec l'emploi repris ne doit pas dépasser le plafond de la Sécurité Sociale. [22]

En 2015, le tableau de l'Ordre recensait 14 665 médecins qui cumulaient une retraite tout en conservant une activité. Ils représentaient 22,4% de l'ensemble des médecins retraités. Entre le 1er janvier 2014 et le 1er janvier 2015, les effectifs des médecins en cumul emploi retraite ont augmenté de 13,3%. Sur la période 2007-2015, les effectifs ont augmenté de 433,3%. [22]

Âgés en moyenne de 68 ans, les médecins retraités actifs étaient quasi exclusivement représentés par des hommes (79%). [22]

Parmi les médecins retraités actifs, 45,3% d'entre eux étaient qualifiés en médecine générale. [22]

PAYS-BAS

3.5.1 Système de santé hollandais

3.5.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé hollandais

Jusqu'en 2006, deux régimes de couverture maladie différents coexistaient aux Pays-Bas. L'un couvrait les soins de longue durée (maladies chroniques, soins des personnes âgées, soins palliatifs, etc.). L'autre couverture maladie couvrait les soins courants (soins prodigués par le généraliste ou le spécialiste, soins hospitaliers, médicaments, etc.). Enfin, des assurances complémentaires privées prenaient en charge les soins non couverts par les deux régimes précédents. [32]

Un régime public de caisses maladie, couvrait obligatoirement la population dont les revenus se trouvaient en dessous d'un seuil, soit deux-tiers de la population. Ces Hollandais étaient obligés de s'affilier auprès d'une caisse du régime public et de payer les cotisations sociales finançant cette couverture obligatoire. Chaque individu était ainsi affilié dans les mêmes conditions et bénéficiait de la même couverture. [33]

La couverture des assurés du régime public hollandais était fournie «en tiers-payant» : sous forme de soins prodigués en cas de besoin. Les malades devaient s'adresser obligatoirement à un médecin généraliste, jouant le rôle de *gate-keeper*. Le médecin était rémunéré par les caisses d'assurance maladie. [33]

Les personnes gagnant plus que le seuil prévu n'étaient pas couvertes par le régime public. Elles devaient souscrire à une assurance maladie auprès d'un assureur privé. Un marché privé d'assurance maladie existait ainsi en parallèle du régime public. [33]

Contrairement aux caisses maladie du régime public, ce secteur privé reposait sur le principe assurantiel d'inspiration bismarckienne. Les assurés avaient le choix entre des assureurs concurrentiels et payaient donc des primes en fonction du risque maladie qu'ils représentaient, selon leur profil individuel. [33]

À la différence des assurés du régime public, ils étaient remboursés par leur assureur pour les soins qu'ils avaient au préalable payés. [33]

Les prestataires de soins (médecins, hôpitaux...) étaient pour la majeure partie de leurs revenus dépendants du régime public et donc dépendants de l'État. Leurs conditions d'exercice étaient aussi fortement réglementées et leurs budgets restaient sous le contrôle strict de l'État qui cherchait par différents moyens à maîtriser les dépenses de santé. Il suffisait de réduire les budgets publics consacrés aux prestataires de soins pour en retarder la délivrance auprès de la majorité de la population. [33]

La conséquence directe de cette politique a été de causer des files d'attente pour les malades hollandais. [33]

L'existence de ces listes d'attente a été le catalyseur de la mise en œuvre de la réforme de 2006. Entrée en vigueur le 1er janvier 2006, elle a apporté des changements aussi bien en matière de couverture maladie que dans le domaine de l'offre des soins. [33]

La réforme de 2006 a mis fin à la coexistence des régimes public et privé. La politique hollandaise en matière de santé s'est tournée vers les priorités que sont l'accès aux soins pour tous, la qualité des soins, et une meilleure régulation des coûts. [34]

Avec la réforme de 2006, l'ensemble de la population hollandaise a été dans l'obligation légale de souscrire à la couverture de base de l'ancien régime public, mais auprès d'assureurs privés. Les assureurs ont été tenus d'accepter tous les demandeurs. Toute la population a désormais une assurance de base uniforme. [34]

La couverture maladie de base imposée par l'État et donc proposée par tous les assureurs privés inclut les soins suivants :

- soins courants délivrés par un généraliste (jouant le rôle de *gate-keeper*), soins courants délivrés par un spécialiste sur demande du généraliste
- séjours hospitaliers
- soins dentaires pour les enfants de moins de 22 ans et soins dentaires spécialisés pour les personnes âgées
- appareils et équipements médicaux
- médicaments
- soins de maternité
- transport par ambulance ou taxi
- soins psychologiques (incluant un traitement de moins d'un an). [34]

Les assurés ont la possibilité de faire varier la franchise de leur couverture de base. S'ils choisissent une prime moins élevée, ils acceptent d'assumer une plus grande partie du risque lié à leur santé. Cette possibilité les incite à une « consommation » plus prudente des soins. [32]

Le marché de l'assurance maladie est concurrentiel aux Pays-Bas, car les assurés peuvent choisir l'assurance répondant le mieux à leurs besoins particuliers. Les personnes et les familles peuvent changer d'assureur une fois par an. [32]

Tout le monde devant être assuré dans le secteur privé et quiconque pouvant changer d'assureur sans pénalité, les assureurs privés sont obligés de se faire concurrence sur les prix. En même temps, les assureurs négocient les prix des services avec les fournisseurs de soins tels que les médecins généralistes. Par conséquent, les fournisseurs de soins se font également concurrence tant sur les prix que sur la qualité des services, ce qui profite aux patients et crée un système de responsabilisation. [32]

Les assurés payent une prime d'environ 1100 euros en moyenne par an. Ils peuvent s'assurer individuellement ou bénéficier d'un contrat de groupe qui n'est autre qu'une assurance collective négociée dans le cadre de leur emploi et offrant en général des primes moins élevées. Le gouvernement hollandais accorde des subventions (appelées «allocations de soins») aux personnes et aux familles à faible revenu pour les aider à payer le coût des primes d'assurance. Tous les enfants jusqu'à 18 ans sont couverts par ce fonds financé par l'État. [32]

En plus de la prime versée directement à l'assureur de leur choix, les assurés payent aussi des contributions obligatoires correspondant à 6,9 % de leur salaire, mais plafonnées à 2233 euros. Ces contributions sont reversées à un fonds d'assurance maladie : un fonds de «compensation», servant à financer les assureurs en fonction du profil de leur clientèle. Les assureurs couvrant des personnes âgées ou ayant une santé fragile reçoivent ainsi davantage

que ceux ayant une clientèle jeune et en bonne santé. [32]

Côté offre de couverture maladie, l'État oblige les assureurs à proposer à l'ensemble de leur clientèle la même couverture de base, au même prix et dans des conditions identiques. Ces derniers n'ont donc plus le droit de gérer les risques en fonction du profil de l'assuré et selon les principes assurantiels. [35]

La concurrence entre assureurs est basée sur les éléments suivants :

- Ils peuvent proposer une couverture de base, soit « en tiers-payant », soit sous forme de remboursement des frais de soins, ou une combinaison des deux.

- Les assureurs sont aussi autorisés à faire varier leurs primes (offrir un niveau de primes moins élevé que celui de leur concurrent), du moment qu'ils les offrent à tous leurs clients sans distinction.

- Enfin, les assureurs peuvent se concurrencer sur la qualité des soins. Comme il n'y a plus d'obligation d'avoir les mêmes arrangements contractuels avec l'ensemble des prestataires de soins, les assureurs ont la liberté de sélectionner ces derniers. [33]

3.5.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé hollandais

Depuis de nombreuses années, le médecin généraliste, par son rôle de *gate-keeper*, est le seul médecin à pouvoir prodiguer des soins primaires. De plus, les médecins généralistes sont les seuls à être installés en ville, les médecins spécialistes exercent tous à l'hôpital. [11]

Par ces deux particularités de la médecine générale aux Pays-Bas, les soins primaires ont une place centrale dans le système de santé. [11]

3.5.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé hollandais

Il existe des organisations locales de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire des Pays-Bas. Les généralistes peuvent aussi faire partie de l'organisation nationale des généralistes (*Landelijke Huisartsen Vereniging LHV*). [11]

Je n'ai retrouvé aucune autre information concernant des organisations médicales permettant une co-gestion du système de santé aux Pays-Bas.

3.5.2. Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes hollandais

3.5.2.1 Démographie médicale aux Pays-Bas

3.5.2.1.1 Densité de médecins par habitant

En 2014, les Pays-Bas étaient l'un des pays les plus densément peuplés de l'Union Européenne, avec 403,9 habitants/km². La population y était répartie de manière homogène sur le territoire, puisque le département le moins dense comptait 182 habitants / km². [11]

17% de la population était âgée de plus de 65 ans. [11]

Le nombre de médecins par habitant a rapidement augmenté au cours des 10 dernières années aux Pays-Bas. [11]

En 2013, on dénombrait 52 295 médecins actifs soit 313 médecins pour 100 000 habitants. [11]

45% des médecins étaient des médecins généralistes. [11]

En 2007, la densité était de 280 médecins toutes spécialités confondues (y compris la médecine générale) pour 100 000 habitants. [11]

En 2007, on dénombrait 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants, en 2011, on en dénombrait 140 pour 100 000 habitants. [14][11]

En 2007, on dénombrait 160 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, en 2011, on en dénombrait 172 pour 100 000 habitants. [14]

En 2014, en moyenne, un habitant consultait 6,6 fois un médecin par an. [11]

Il est à noter également, que seulement 1% des médecins avaient un diplôme étranger. [11]

3.5.2.1.2 Répartition sur le territoire

En 2014, la répartition géographique des médecins sur le territoire était assez homogène, puisque le nombre de médecins pour 100 000 habitants variait de 250 dans l'Est à 330 dans l'Ouest. [11]

Les Pays-Bas se distinguaient des autres pays étudiés, car la démographie médicale et sa répartition territoriale n'y était pas perçue comme problématique. Ce constat issu d'une enquête de l'OCDE révélait une densité médicale relativement homogène sur le territoire, et le fait que la distance maximale entre un patient et le cabinet de médecin généraliste le plus proche n'y excédait jamais 2,9km. [11]

Le pays ne connaît donc pas de déséquilibre notoire, ni dans la répartition géographique, ni dans la répartition des médecins entre spécialités.

3.5.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins

En 2000, 18% des médecins avaient 55 ans ou plus. En 2011 ce nombre est passé à 24%. [11]

3.5.2.1.4 Féminisation de la profession

En 2000, 38% des médecins étaient des femmes. En 2011 ce nombre est passé à 46%. Il est à noter que les femmes médecins étaient à 84% des médecins salariés. [11]

3.5.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin

Malgré mes recherches, je n'ai pas retrouvé le nombre d'heures travaillées par les médecins aux Pays-Bas.

3.5.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale aux Pays-Bas

3.5.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

Depuis 1972, le Ministre de l'Éducation, après avoir consulté les professionnels concernés, en particulier les membres des professions médicales et les caisses d'assurance maladie, fixe chaque année le numerus clausus, c'est-à-dire le nombre d'étudiants en première année de médecine. [14]

Le nombre d'étudiants chaque année à entrer en 1^{ère} année de médecine est donc établi au niveau national. Malgré ce numerus clausus fixé par le Ministère, les universités sont libres d'accueillir plus d'étudiants si elles le souhaitent. [14][11]

Au cours des années 2000 le numerus clausus a augmenté de plusieurs centaines de poste chaque année puis s'est stabilisé depuis les années 2010. En 2014, 3500 étudiants ont été acceptés en 1^{ère} année. Ces étudiants sont répartis dans les 12 universités existantes aux Pays-Bas. [11]

Les Pays-Bas était le seul pays au monde qui sélectionnait les étudiants de première année non pas par un concours ou sur dossier, mais par le biais d'un tirage au sort. En effet, depuis 1972, les hollandais pratiquaient un tirage au sort pondéré à l'entrée des facultés de médecine, plus connu sous le nom de loterie. [36]

A l'issue de leurs études secondaires, les lycéens hollandais candidats aux études médicales se voyaient attribuer un niveau A, B, C,.. par ordre décroissant selon leurs performances scolaires. L'administration hollandaise fixait ensuite les pourcentages

d'étudiants en médecine qui étaient sélectionnés dans chaque catégorie : par exemple 70% du niveau A, 50% du B, 35% du C, etc. Puis le tirage au sort était effectué. La loterie était organisée de sorte que plus les notes du secondaire de l'élève étaient élevées, plus ses chances d'être admis étaient hautes. Les élèves ayant une moyenne supérieure à 8/10 en étaient dispensés et étaient automatiquement acceptés en école de médecine. [36][11]

Depuis 1999, certaines facultés de médecine hollandaises recrutaient également en parallèle des étudiants sur titres et entretiens. [36]

Au total, plus de 90% des futurs médecins hollandais étaient issus de la loterie pondérée. [36]

En 2012, le gouvernement a décidé d'abolir ce système de loterie. L'application de ce changement de politique devrait prendre 5 ans. Les universités ont donc dorénavant la possibilité de sélectionner leurs élèves elles-mêmes. Dans le même temps, le gouvernement a décidé d'une augmentation de 25 % du nombre de places en médecine afin de faire face aux besoins croissants de soin à horizon 2025. [11]

Les universités hollandaises ont des objectifs de formations à respecter, définis au niveau national. Elles sont évaluées tous les 4 à 6 ans, et si une université obtient de trop mauvais résultats, l'organisation de son enseignement est réformée. [14]

La formation des médecins s'articule en deux phases : le cursus général puis la spécialisation. [11]

Le cursus général dure 6 ans, et comprend un *Bachelor* et un *Master*. Il comporte notamment deux ans de stages, en hôpital ou en cabinet de médecine générale. A l'issue de cette formation l'étudiant devient « médecin de base ». [11]

La spécialisation intervient dans un deuxième temps. La formation de spécialiste consiste en une succession de stages, similaire à l'internat en France, et sa durée varie selon les spécialisations. La médecine générale est, aux Pays-Bas, une spécialité à part entière. [11]

3.5.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

Le nombre de places en spécialisation de médecine générale est régulé. C'est le Ministre de la Santé qui détermine chaque année le nombre souhaitable de spécialistes qu'il convient de former. Depuis 1999, une organisation réunissant des représentants des diverses professions médicales, des établissements de formation et des caisses d'assurance maladie donne préalablement son avis. Cet organisme est le *Capaciteitsorgaan*. Ses projections de besoins pour les différentes spécialités ont un horizon de 10 à 20 ans. [11]

En tout, environ 500 médecins généralistes devraient être formés chaque année pour atteindre un équilibre entre l'offre et la demande. [11]

Néanmoins, en pratique le système de formation spécialisante est en grande partie autorégulé. Les huit hôpitaux de formation communiquent au *Capaciteitsorgaan* le nombre de

places disponibles selon leurs capacités. Dans le cas des médecins généralistes, c'est l'hôpital académique qui organise les stages des étudiants en cabinet. En 2014, le nombre de places en spécialisation était fixé à 3 220, répartis sur une dizaine d'universités, dont 824 en médecine générale. [11]

Pour la médecine générale, la spécialisation dure trois ans. La première année consiste à exercer en tant que généraliste sous la supervision d'un médecin généraliste. La seconde année consiste en trois stages de trois mois un aux urgences, un en psychiatrie et un en maison de retraite. La troisième année, l'étudiant exerce de nouveau en tant que généraliste sous la supervision d'un généraliste diplômé. [11]

Pendant les années de spécialisations, l'étudiant est employé et rémunéré par la Fondation pour la Formation des Généralistes. [14]

Aux Pays-Bas les étudiants terminent leurs études s'ils ont validé tous leurs modules. Ils peuvent alors pratiquer en hôpital, mais ne peuvent pas ouvrir de cabinet. Pour être médecin généraliste à son compte, il faut faire une formation plus poussée, encadré par un senior. Le poste est pourvu après un entretien, les étudiants sont plus sélectionnés sur leur personnalité que sur leurs résultats aux examens. [11]

Les Pays-Bas étaient le seul pays de mon étude à ne pas rencontrer de difficultés de recrutement pour la médecine générale. [11]

3.5.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

Au moment de ma recherche, il n'existait pas de mesures incitatives avant ou durant la formation aux Pays-Bas. [11]

3.5.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation aux Pays-Bas

3.5.2.3.1 Mesures incitatives

Au moment de ma recherche, il n'existait pas de dispositifs incitatifs à l'installation. [11]

3.5.2.3.2 Mesures désincitatives

L'installation d'un médecin généraliste requiert d'être enregistré auprès de l'agence gouvernementale : l'*Inspectie Gezondheidszorg*. D'un point de vue réglementaire, les médecins généralistes sont libres de s'installer où ils le souhaitent. [16]

Cependant, avec le changement du système de santé en 2006, les médecins ont du se

conventionner auprès des caisses d'assurance maladie. Les autorités ont donc reconnu aux assureurs privés le rôle d'organisation géographique de l'offre de soins, au moyen du conventionnement des généralistes. [11]

En pratique, les assureurs ont déjà exprimé leur volonté de revoir le mode de contractualisation avec les médecins généralistes. Ils ont notamment insisté pour que chaque généraliste soit lié à l'association locale de généralistes, afin de contrôler leur implantation. [11]

Par conséquent, pour les nouveaux généralistes, il est désormais nécessaire d'obtenir une autorisation de la part de l'association locale de généralistes, certifiant qu'il existe assez de demandes dans la zone pour justifier l'installation. Cette pratique a abouti de facto à un contrôle de l'implantation des médecins dans certaines régions. [16]

L'Autorité de la Concurrence des Pays-Bas a jugé le dispositif mis en place anticoncurrentiel. Elle a par conséquent condamné l'association nationale des médecins généralistes à une amende de 7,7m€ (réduite à 5,5m€ en appel en 2014). [11]

Néanmoins, dans son jugement, l'Autorité de la Concurrence a explicitement envisagé la possibilité d'une organisation géographique des soins pas les assureurs (tant que celle-ci ne passait pas par des pratiques anticoncurrentielles). [11]

Avant même la mise en place de ce dispositif, les médecins étaient de manière générale, plutôt bien répartis sur l'ensemble du territoire. La superficie des Pays-Bas est peu étendue ce qui aide à cette bonne répartition. [14]

3.5.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés

En 2011, 63% des médecins généralistes travaillaient en groupe. Le plus souvent, le cabinet était constitué de deux médecins. Les généralistes n'étaient généralement pas associés à des infirmières ou à des équipes multidisciplinaires. [15]

Aux Pays-Bas, le regroupement s'organise dans des cabinets privés gérés par des professionnels qui exercent comme travailleurs indépendants avec des modalités de rémunération mixte. [15]

Au moment de ma recherche, bien que la majorité des médecins généralistes travaillait en groupe, on ne retrouvait aucune mesure incitative mise en place aux Pays-Bas. [11]

3.5.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé aux Pays-Bas

3.5.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

Depuis 1941, chaque personne résidant aux Pays-Bas doit s'inscrire auprès d'un médecin généraliste (appelé *Huisarts*) qui tient le rôle de *gate-keeper*. Les patients doivent

être orientés par le médecin traitant pour pouvoir consulter un spécialiste. [11]

Les patients peuvent choisir librement leur généraliste (qui peut de son côté refuser une inscription en fonction de certains critères : distance du cabinet notamment). En règle générale, les rendez-vous ne durent pas plus de 10 minutes. [11]

Les généralistes sont les seuls médecins présents en ville, et ils doivent disposer d'un accord avec chacun des assureurs privés afin que le patient soit remboursé de ses soins. Il semble qu'à ce jour les médecins soient tous conventionnés auprès des assurances dont leurs patients sont souscripteurs, sans réelle sélection par les assureurs. [11]

En 2013, il existait plusieurs statuts des médecins généralistes.

La plupart des médecins généralistes avaient un statut d'indépendants. Ils exerçaient soit seul soit au sein d'un cabinet regroupant plusieurs généralistes. [11]

Certains généralistes exerçaient sur le mode du remplacement, et étaient à cette occasion rémunérés par le médecin qu'ils remplaçaient. Les consultations étaient alors remboursées dès lors que le généraliste remplacé était doté d'un contrat avec l'assureur du patient. [11]

D'autres étaient employés par un cabinet ou par un autre type d'établissement de santé (hôpital par exemple). Le remboursement était assuré si l'établissement en question avait un contrat avec l'assureur du patient. [11]

La consultation d'un spécialiste se fait à l'hôpital, sur orientation du médecin traitant (ou via l'admission aux urgences). Le médecin traitant ne précise pas l'identité du spécialiste vers lequel le patient est orienté. Celui-ci est donc libre de son choix. Néanmoins, si le patient choisit un hôpital qui n'a pas de contrat avec son assureur, le patient ne sera pas remboursé. [11]

De nombreuses initiatives visant à autoriser la réalisation de certaines procédures jusqu'ici réservées aux médecins par des personnels de santé moins qualifiés, mais moins coûteux, ont vu le jour ces dernières années aux Pays-Bas. [37]

Ces initiatives ont découlé des avancées en matière de connaissances et de technologies médicales mais surtout de la nécessité de diminuer les dépenses de santé. A cela se sont ajoutées les plaintes répétées des médecins face à leur charge de travail toujours plus importante. [37]

3.5.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

En 2013, aux Pays-Bas, il existait différents modes de rémunérations pour les professionnels de santé.

Les Pays-Bas accordaient une place importante à la capitation, qu'ils complétaient par du paiement à l'acte. [11]

Les généralistes recevaient une rémunération fixe par nombre de patients dont ils étaient le médecin traitant, et une rémunération variable par consultation. [11]

Depuis peu aux Pays-Bas, les paiements à la pathologie sont expérimentés. Ce sont des forfaits complexes qui garantissent à une association de soignants un forfait pour prendre en charge une partie ou la totalité des soins dont un malade atteint d'une affection chronique a besoin. [38]

Ce modèle de paiement a impliqué la création d'une association de professionnels qui a assumé la responsabilité collective d'une organisation de la distribution des soins et a accepté de travailler ensemble pour garantir aux patients des soins coordonnés et de bonne qualité. [38]

La rémunération forfaitaire à la pathologie consiste à partager entre tous les professionnels qui participent aux soins un forfait dont le montant est déterminé selon les pathologies et les caractéristiques des malades atteints de cette maladie (âge, pathologies associées, conditions sociales...). [38]

D'un point de vue financier, chaque généraliste doit être lié par contrat à une compagnie d'assurance pour que ses consultations soient remboursées. Il y a une vingtaine d'assureurs, dont quatre principaux appelés les « Big 4 ». Il est nécessaire pour tout généraliste d'être lié à ces assureurs. Localement, certains assureurs peuvent être très présents. Il est alors nécessaire que le généraliste soit également lié à ces assureurs. [11]

Les assureurs proposent à leurs assurés des régimes de prestations «au tiers payant», ou des régimes de remboursement ainsi qu'une combinaison des deux régimes. [33]

Les assurés choisissant des prestations au tiers payant n'ont pas à régler les consultations à leur médecin. C'est l'assureur qui versera la somme due au médecin. [33]

Les assurés choisissant des régimes de remboursement, le patient avance les frais et se fait remboursé par la suite par son assurance. [33]

Dans les deux cas de figure, il faut que le médecin soit en contrat avec l'assurance du patient. Sinon la totalité de la somme est due par le patient. [33]

3.5.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes

En 2013, l'âge moyen de départ en retraite des médecins aux Pays-Bas était de 67 ans. [11]

Au moment de ma recherche, aux Pays-Bas, il n'existait pas de mesure incitative ou désincitative au départ en retraite. [11]

QUEBEC

3.6.1 Système de santé québécois

3.6.1.1 Mode de fonctionnement actuel du système de santé québécois

En 1906, le Canada a réclamé l'intervention du gouvernement fédéral en ce qui concernait la santé, et plus particulièrement en ce qui concernait les maladies vénériennes. [39]

Le gouvernement fédéral a donc créé en 1919 un Ministère de la Santé pour jouer le rôle de leader national qu'on attendait de lui en matière de santé. [39]

Durant les quarante premières années du 20ème siècle, l'État a subi de fortes pressions pour qu'il accepte d'offrir aux plus démunis les moyens modernes de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies infectieuses. [39]

L'État a alors adopté une politique de développement de l'infrastructure et de couverture universelle des soins. Cette politique a commencé par le Programme de subventions nationales à la santé en 1948, prévoyant des subventions annuelles aux provinces pour la construction, la rénovation et l'équipement des hôpitaux et des sanatoriums, pour la santé publique, la santé mentale et la formation professionnelle. [39]

Cette politique a été suivie par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1957, puis par la Loi d'aide à la santé en 1965 qui prévoyait des subventions pour le développement des établissements de formation professionnelle, par le Régime d'assistance publique du Canada en 1966 qui assurait, entre autres, le partage du coût des soins médicaux et de l'assistance sociale aux indigents et, enfin, en 1968, par la Loi sur les soins médicaux. [39]

En 1970, suite à une forte crise publique, la loi Castongay-Nepveu a instauré une assurance maladie universelle. Le système de santé du Canada s'est alors fondé sur les bases du système beveridgien. Cependant, les 13 provinces et territoires du Canada (dont le Québec) varient considérablement pour ce qui est du financement, de l'administration, des modes de prestation et de la gamme de services de soins de santé publics. [39]

Le régime d'assurance-maladie du Canada est administré par le secteur public. [39]

L'organisation du système de santé comprend trois principaux niveaux : le gouvernement fédéral, les provinces et territoires, et le niveau intergouvernemental. [40]

Le niveau fédéral finance partiellement les soins, protège la santé et l'environnement, mais la responsabilité des soins incombe aux provinces. Les gouvernements provinciaux administrent une assurance hospitalisation et une assurance maladie universelle qui s'appelle, au Québec, la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). [40]

Les soins de santé au Canada sont principalement financés par des impôts fédéraux, provinciaux et territoriaux, dont l'essentiel vient de l'impôt sur le revenu des particuliers, les taxes sur la consommation et l'impôt sur les sociétés. De plus, certaines provinces tirent des revenus supplémentaires pour la Santé grâce à des impôts connus sous le nom de cotisations. [40]

En 2013 au Canada, les dépenses totales en soins de santé étaient très élevées, elles représentaient environ 9.5 % du PIB. [40]

Les services de santé publique sont répartis en six fonctions distinctes : l'évaluation de la santé de la population, la promotion de la santé, le contrôle et la prévention des maladies et des blessures, la protection de la santé, les mesures et interventions d'urgence et la surveillance. [6]

La Loi canadienne sur la santé énoncée en 1984 a reposé sur cinq principes : universalité, accessibilité, gratuité, intégralité (l'assurance privée ne peut couvrir des soins déjà couverts par l'assurance maladie publique) et administration publique. En fait, depuis le lancement de l'assurance-maladie le concept de l'universalité des soins de santé est devenu un élément central. [6]

En 2014, les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux respectaient encore l'objectif fondamental présenté dans la Loi canadienne sur la santé qui était de fournir des services médicalement nécessaires sur une base universelle sans obstacle financier. [6]

Le système de santé du Québec présente les mêmes caractéristiques que le système de santé canadien. La RAMQ (la Régie d'assurance maladie du Québec) est un organisme provincial et centralisé, qui détient le monopole de l'assurance maladie pour les soins que l'État québécois prend en charge. Le secteur privé de l'assurance ne peut donc se développer qu'en prenant en charge ce qui n'est pas couvert par l'assurance maladie publique. [6]

Les universités sont placées sous la responsabilité du Ministère de l'Éducation et les hôpitaux sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [6]

3.6.1.2 Place des soins primaires dans le système de santé québécois

Depuis l'après-guerre, l'hôpital avait une place prépondérante dans l'ensemble du système de santé y compris dans les soins de première ligne. En 2010, on parlait encore d'hospitalocentrisme car l'hôpital remplissait des fonctions qui pouvaient être assumées par d'autres types d'établissements, comme les soins médicaux généraux par exemple. [41]

A l'époque, l'assurance-hospitalisation prévoyait la gratuité de l'hospitalisation et des consultations externes avec tous les examens complémentaires de laboratoire et de radiologie, mais n'étendait pas cette gratuité aux services offerts dans les centres de soins ambulatoires publics. [41]

Il s'est donc développé dans les années soixante une mentalité de recours à l'hôpital, seul type d'établissement à offrir tous ces services gratuitement. Lorsque, au début des années soixante-dix, on a commencé à freiner l'expansion des services d'hospitalisation pour maîtriser l'augmentation constante des coûts, l'alternative choisie n'a pas été de privilégier le développement d'un réseau extrahospitalier, mais plutôt de renforcer les services hospitaliers externes. [41]

En 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux a obligé tous les hôpitaux généraux à recruter des omnipraticiens et à leur confier le fonctionnement des

services d'urgence. L'objectif était de revaloriser la médecine générale défavorisée depuis les deux décennies précédentes par le développement de la spécialisation en médecine. Mais, avec cette Loi, on attachait la médecine générale aux services d'urgence des hôpitaux, enlevant ainsi aux omnipraticiens la motivation de développer un réseau extrahospitalier capable d'offrir à la population une solution de rechange aux services d'urgence des hôpitaux. [41]

En 2014, encore 40% des médecins généralistes travaillaient dans les services d'urgence dans les hôpitaux. [41]

Même si le gouvernement a prôné une politique de *gate-keeper* pour donner au médecin généraliste une place centrale dans le système de soins, cette politique n'a pas encore été mise en place. Le patient reste libre de consulter le médecin de son choix, généraliste ou spécialiste en ville ou à l'hôpital. [41]

3.6.1.3 Place des organisations médicales dans le système de santé, co-gestion du système de santé québécois

En 1962 est fondée la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). La FMOQ est le syndicat professionnel représentant l'ensemble des médecins omnipraticiens du Québec, entre autres, dans le cadre des négociations avec les instances gouvernementales au sujet de la répartition des effectifs. Dès 1966, la FMOQ s'est prononcée pour des recommandations visant à préserver l'autonomie des médecins. De fait, le régime adopté en 1970 ne prévoyait aucun changement au statut des médecins à l'hôpital et dans les cabinets. Il a maintenu une forme de médecine libérale à l'intérieur d'un régime conventionnel de tiers payant. [6]

En ce qui concerne plus particulièrement les omnipraticiens, en 1997 la FMOQ a proposé de créer dans chaque région un département régional de médecine générale (DRMG) responsable de la planification des effectifs. [6]

Le Comité de gestion de l'effectif en omni-pratique (COGEMO) est créé en 2004. Il a pour fonctions d'assurer le suivi des PREM (plans régionaux des effectifs médicaux) et de donner son avis au Ministre en matière d'évaluation des besoins en effectifs et de leur répartition. La FMOQ calcule pour chaque région les effectifs en place, les besoins en effectifs et l'écart entre les besoins et les effectifs. [41]

3.6.2. Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes québécois

3.6.2.1 Démographie médicale au Québec

3.6.2.1.1 Densité de médecins par habitant

En 2014, selon l'ICIS, l'Institut Canadien d'Informations sur la Santé, le Canada comptait 79 905 médecins, dont 40 781 médecins généralistes (soit environ 51%) et 39 124 spécialistes. [42]

Le Canada comptait 210 médecins pour 100 000 habitants. Avec en moyenne 94 médecins généralistes pour 100 000 habitants. [42]

Selon les données d'Eco-Santé Québec de 2015, il y avait 19 147 médecins au Québec en 2014. 47,4 % étaient des omnipraticiens et 50,5 % venaient d'autres catégories de spécialistes.

On dénombrait 108 médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants et 112 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

Le Québec connaît une importante pénurie de médecins depuis de nombreuses années. Cette pénurie est la conséquence de diverses mesures prises par le gouvernement depuis les années 70 afin de limiter les dépenses liées à la santé. [6]

Malgré ces chiffres, le Québec est une des provinces les mieux pourvues en termes de nombre de médecins par habitant au Canada.

3.6.2.1.2 Répartition sur le territoire

En 2013, le Canada comptait 7 900 000 habitants, se répartissant très inégalement sur un territoire subdivisé en 17 régions dont la superficie totale équivaut à celle cumulée de l'Espagne, la France, l'Italie, la Belgique, l'Allemagne et la Suisse. [41]

La répartition des médecins était inégale sur l'ensemble du territoire canadien. Si dans certains territoires, on dénombrait 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants, dans d'autres, on en comptait moins de 70. La situation était la même pour les autres spécialistes. [43]

Cette situation était identique au Québec. L'accès aux soins médicaux dans les régions rurales ou éloignées des grands centres urbains est un problème qui perdure au Québec. [6]

Le Québec est un État fédéré à majorité francophone (80 %) dont la compétence exclusive en matière de soins de santé est reconnue dans la Constitution du Canada. [6]

La catégorisation des régions repose sur deux critères : la présence d'une faculté de médecine et l'éloignement des grands centres (Montréal et Québec). Ainsi, on a distingué plusieurs types de régions : régions universitaires, périphériques, intermédiaires et régions éloignées/isolées. [41]

La liste des régions dites «éloignées» et «isolées» est dressée par arrêté ministériel. [41]

En 2013, les régions dites «éloignées» étaient : Bas St-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.

Les régions dites «isolées» étaient : Nord-Du-Québec, Nunavik, Terres-cries-de-la-Baie-James.

Les régions dites «intermédiaires» étaient : Saguenay-Lac-St-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais.

Les régions dites «périphériques» étaient : Chaudières-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie.

Les régions dites «universitaires» étaient : Capitale-Nationale, Estrie, Montréal. [41]

3.6.2.1.3 Moyenne d'âge des médecins

En 2015, au Québec, les médecins avaient une moyenne d'âge de 50,4 ans. Les médecins généralistes avaient en moyenne 49,9 ans alors que les autres spécialistes étaient âgés en moyenne de 51,0 ans. [44]

3.6.2.1.4 Féminisation de la profession

En 2015, le pourcentage de médecins femmes au Québec était de 42,5%. Chez les médecins ayant moins de 35 ans ce pourcentage s'élevait à 60%. [44]

Le nombre de femmes était en croissance constante depuis le milieu des années 1970. Le pourcentage de femme est passé de 8% en 1976 à 38% en 2005 et 42,5% en 2014. La féminisation a touché davantage les omnipraticiens. [44]

En 2013, il y avait 9 006 femmes et 10 812 hommes parmi les médecins actifs. Elles étaient plus nombreuses dans tous les groupes d'âge inférieurs à 50 ans. Parmi les médecins de 49 ans et moins, on trouvait 4503 femmes pour 3777 hommes. Les femmes étaient encore plus nombreuses chez les étudiants où leur proportion atteignait 62,2 %. [44]

3.6.2.1.5 Nombre d'heures travaillées par semaine par médecin

En 2014, les médecins généralistes québécois travaillaient en moyenne 44,2 heures par semaine. Les médecins femmes québécoises travaillaient en moyenne 4 heures de moins par semaine que leurs homologues masculins. [44]

3.6.2.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale au Québec

3.6.2.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

En 2015 au Canada, la formation en médecine se donnait dans 16 facultés de médecine universitaires. 13 d'entre elles donnaient une formation en anglais et 3 en français. [6]

A la même période au Québec, il y avait 4 facultés de médecine : à Laval, à Montréal, à Sherbrooke et à Mc Gill. [6]

En 1983, devant l'augmentation des dépenses de santé, le ministère québécois a décidé de ne financer plus qu'un nombre limité d'étudiants. Il a imposé des pénalités financières si les quotas n'étaient pas respectés. Les universités ont donc été contraintes de réduire leurs effectifs en formation. De 1990 à 1997 le nombre d'entrées en médecine a été réduit de façon drastique, celles-ci passant de 550 à 406 par année. [6]

Dès 1999, reconnaissant les besoins grandissants et la pénurie marquée de médecins, le gouvernement a décidé d'augmenter le nombre d'admissions en médecine le portant graduellement à 847 nouveaux étudiants en médecine en 2012. [41]

Depuis, le gouvernement fixe chaque année par décret le nombre d'admissions pour les quatre facultés de médecine du Québec et le nombre de postes de résidence (d'interne) disponibles par spécialité. Le nombre total de places est réparti entre les universités québécoises, qui se sont préalablement entendues sur les règles de partage. [6]

Le gouvernement procède à l'élaboration de cette répartition, après avoir recueilli l'avis provenant de la « Table de concertation permanente sur les effectifs médicaux » et d'un avis du « Conseil médical du Québec ». [6]

La Table de concertation a été créée en 1987 en raison des désaccords existants entre facultés de médecine, associations de médecins et gouvernement. Elle se réunit trois ou quatre fois par an pour améliorer la planification de la démographie médicale. Elle élabore des recommandations à l'intention du Ministre de la Santé. [6]

Ces recommandations sont établies pour trois ans (avec un réajustement annuel). Elles portent sur le nombre d'admissions et la répartition des postes par spécialités. [6]

La Table est également responsable du contrôle de l'immigration des médecins. [6]

Le Conseil médical du Québec, institué en 1991 et mis en place en 1993, cherche à représenter les médecins dans leur diversité (âge, sexe, spécialistes/omnipraticiens, lieux d'exercice). Il se veut le porte-parole des médecins. Il a pour objectif de conseiller les responsables politiques en leur proposant des solutions à long terme. C'est un organisme consultatif auprès du Ministre qui peut le solliciter sur toute question relative aux services médicaux. [6]

Les quatre champs de recherche du Conseil médical sont : l'organisation des services médicaux, les modalités de rémunération, l'assurabilité des services (panier de soins pris en

charge par la RAMQ) et les effectifs médicaux (nombre et répartition). [6]

Cet organisme joue un rôle important dans la fixation du nombre d'admissions en médecine et dans chaque spécialité, par les conseils qu'il formule au Ministre et la révision des recommandations de la Table. [6]

En 2015, le déroulement des études pouvait légèrement varier selon l'université, mais le déroulement général se déroulait comme suit.

Le processus d'admission en faculté de médecine se basait sur deux standards : les notes de l'étudiant durant ses études au lycée et une entrevue. [45]

Si l'étudiant avait les notes requises au secondaire, il devait passer des entrevues. Il y avait d'abord une entrevue de groupe où 2 examinateurs posaient des questions et observaient le comportement des candidats au sein d'un groupe de discussion. Puis, il y avait l'entrevue individuelle qui permettait d'évaluer la personnalité de l'individu et de se renseigner sur ses réalisations para-scolaires et ses principales qualités. Le jugement, la maturité et la motivation étaient évalués. On prenait compte également des capacités d'adaptation, de leadership et d'autonomie de l'étudiant. [45]

Un candidat pouvait être exclu uniquement sur la base de l'entrevue, même si théoriquement son score final lui permettait de rentrer en étude de médecine. [45]

Les étudiants sélectionnés entraient en année préparatoire. Cette année contenait des cours magistraux de physiologie, pharmacologie, anatomie, biochimie, nutrition, sociologie, philosophie, psychologie, bio-statistiques et histologie. Cette année permettait de mettre tous les étudiants au même niveau de connaissance afin d'entrer en première année. [45]

La technique pédagogique utilisée en 1^{ère} et 2^e année était «l'apprentissage par problème». Les étudiants étaient divisés en groupes de 8, sous la supervision d'un tuteur (un médecin). On exposait aux étudiants des cas médicaux pour qu'ils en discutent entre eux et pour fixer des objectifs d'apprentissage. Les étudiants rentraient alors chez eux pour étudier. A la séance suivante, les étudiants exposaient leurs hypothèses. Le tuteur orientait la discussion, posait des questions, éclaircissait les points obscurs. Une fois le cas vu dans son ensemble, on passait à un autre cas. [45]

En plus de cela, il y avait un cours magistral par semaine sur le cas en cours d'étude. [45]

Une journée par semaine était passée à l'hôpital, en groupes de 4 sous la supervision d'un moniteur, pour apprendre les rudiments de l'examen physique. Des notions d'éthique étaient étudiées. On abordait des sujets comme la multi-ethnicité, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le patient mourant, le patient âgé, les relations médecin-patient, le certificat de décès etc. [45]

Après ces deux années, l'étudiant devenait un externe. L'externat de niveau 1 durait un an. Il se composait surtout de stages obligatoires : pédiatrie, psychiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie, médecine interne. L'externat de niveau 2 durait également un an et comportait plusieurs stages à option qui devaient permettre à l'étudiant de faire son choix de résidence (l'internat). [45]

L'externat de niveau 1 était très chargé. Les horaires étaient de 80-90h par semaine avec des gardes de 24h. Une fois cette période traversée, l'externat de niveau 2 offrait des horaires moins chargés. [45]

A la fin de ces cinq années, l'étudiant devait passer un examen final. La réussite de cet examen permettait de pratiquer la médecine au Canada. Le score obtenu à l'examen final ne comptait pas dans les choix de résidence des étudiants. [45]

3.6.2.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

La dernière phase du cursus s'appelait la résidence, l'équivalent de l'internat en France. La durée de la résidence dépendait de la spécialisation choisie. [45]

La répartition des étudiants dans les différentes spécialités se faisait selon les besoins estimés pour chacune d'entre elles. Depuis une dizaine d'années, le décret propose 50 % des places de formation post-doctorale à la médecine générale et 50 % à la médecine spécialisée. [41]

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a regroupé les spécialités en 4 classes (A B C D) selon le degré de pénurie ou de « gravité des besoins en effectif médical » afin d'orienter les choix des étudiants vers les spécialités considérés comme prioritaires. [6]

Le groupe A représentait les spécialités ciblées par le Ministère comme nécessitant un plus grand nombre de spécialistes, alors que le groupe D regroupait celles où le recrutement doit être égal ou inférieur au niveau des années antérieures, le besoin en spécialistes y étant moindre. [6]

Les règles de transfert entre spécialités permettaient à l'étudiant de changer de spécialité, à condition de choisir parmi les spécialités de la même classe que la sienne ou dans une classe où les besoins sont plus urgents. [6]

3.6.2.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

L'allongement de la durée de la formation spécialisée et l'augmentation des frais de scolarité provoquent un réel endettement des étudiants tout au long de leurs études. En moyenne, ils accumulent une dette de plus de 50 000 \$ canadiens. [6]

Cet endettement joue également sur leur choix de spécialité. Le remboursement le plus rapide possible devient une priorité chez certains diplômés en médecine. Certains étudiants choisissent les spécialités qui rapportent des revenus élevés. D'autres choisissent les spécialités où la formation est de courte durée de façon à pouvoir entrer dans la population active et commencer à rembourser leurs dettes plus rapidement. Par exemple, en choisissant la médecine générale, le médecin peut rembourser son investissement plus tôt. [6]

L'endettement peut aussi jouer sur l'endroit où les nouveaux médecins décident de pratiquer. En effet, les recruteurs américains sont de plus en plus disposés à rembourser les dettes de nouveaux diplômés, ce qui constitue une incitation énorme à pratiquer aux États-Unis. [6]

En effet, le Canada est un exportateur net de médecins aux États-Unis. En 2006, il y avait 8000 diplômés de facultés de médecine canadiennes qui pratiquaient aux États-Unis. Ces chiffres indiquent qu'une stratégie importante de lutte contre les pénuries de médecins consisterait à redoubler d'efforts pour rapatrier les diplômés de facultés de médecine canadiennes. [6]

Cependant, au moment de mes recherches aucune mesure n'avait été mise en place au Québec pour éviter que les médecins diplômés au Canada, ne quittent le territoire. [6]

De plus, la montée des frais de scolarité a préoccupé les associations professionnelles nationales et provinciales qui pensaient que le coût aurait un effet discriminatoire sur les candidats à faible revenu et ceux des milieux ruraux, ce qui risquait de réduire la diversité économique, culturelle et géographique de la population des médecins actifs. [6]

En 1986, le gouvernement a instauré des bourses-contrats offrant aux étudiants intéressés des postes en résidence avec l'obligation d'exercer en région éloignée pendant quatre ans et qui entraînaient une pénalité en cas de non-respect de l'entente. La mesure a été abolie quelques années plus tard. A la place de ses bourse-contrats, il a été mis en place d'autres types de bourses. Ces bourses sont proposées aux étudiants à partir de la 3^{ème} année. Ils perçoivent de 15 000 \$ canadiens à 20 000\$ canadiens par an durant leurs études en échange de leur engagement à travailler en régions désignées pour un nombre d'années égal au nombre d'années de bourse reçues. [46]

A la fin des années 1990, afin d'inciter les étudiants à choisir de s'installer en milieu rural ou éloigné, un programme de « décentralisation de la formation médicale » a été mis en place. Ce programme, toujours en place en 2015, permettait de réaliser des stages d'été aux étudiants de 1^{re}, 2^{ème} et 3^{ème} année. Les étudiants étaient rémunérés sur la base du salaire minimum et étaient remboursés de leurs frais de logement et de transport. Le gouvernement espérait que l'étudiant développerait des liens socio-professionnels qui l'inciteraient à s'installer en milieux éloignés ou isolés. [46]

Au début des années 2000, le gouvernement a accentué la décentralisation de la formation. En effet, désormais les étudiants en médecine peuvent effectuer l'ensemble de leur formation en région éloignée grâce à la création d'un campus universitaire en région éloignée. À titre d'exemple, l'Université de Montréal a offert depuis 2004 un programme de formation en médecine en Mauricie, en collaboration avec l'Université de Trois Rivières. [46]

Aujourd'hui l'importance de recruter ou d'admettre dans les écoles de futurs médecins ayant grandi en régions rurales est clairement admise (il est préférable de recruter des médecins qui veulent vivre dans ces régions plutôt que de recourir à des mesures coercitives ou à des incitatifs financiers). Des places en premières années de médecine sont maintenant spécialement réservées aux étudiants venant de régions rurales en échange de leur engagement à s'installer pour une durée de quatre ans à la fin de leurs études dans leur région d'origine. [46]

3.6.2.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation au Québec

3.6.2.3.1 Mesures incitatives

De nombreuses mesures incitatives ont été développées et testées par les différentes provinces du Canada et, notamment, le Québec. [6]

Au Québec, au moment de mes recherches, il n'existait pas de mesures de limitation à l'installation (sauf pour les médecins étrangers). [6]

En 1981-1982, la Loi 27 a instauré des niveaux de tarifs différents pour les nouveaux médecins au cours des trois premières années de pratique, selon leur lieu de travail. [6]

Dans les régions urbaines, les tarifs sont devenus inférieurs et dans les régions déshéritées, les tarifs sont devenus plus élevés. [6]

Le territoire a été découpé en quatre types de région auxquels correspond un niveau de tarif :

- universitaire (70 % de la rémunération pour les médecins débutants),
- périphérique de Montréal et des autres grandes villes (70 % en établissement et 100 % en cabinet privé),
- intermédiaire (100 %),
- éloignées et isolées (115 % pour les médecins généralistes et 120 % pour les spécialistes). [6]

Mais ces mesures n'ont eu pratiquement aucun effet sur l'installation des jeunes spécialistes. [6]

Depuis 1990, des primes d'installation ont été versées (entre 10 000 \$ canadiens et 25 000 \$ canadiens non imposables) à condition que le médecin ne se soit jamais installé en région isolée et qu'il exerce à plein temps. [46]

Au moment de mes recherches, ces médecins pouvaient également bénéficier chaque année de prime de maintien s'ils s'engageaient par écrit à exercer leur activité à plein temps pour un an. Ces primes étaient accordées par les agences de développement des réseaux locaux des services de santé en fonction de leur budget et des besoins sanitaires figurant dans le PREM. Le montant de la prime annuelle de maintien ne pouvait être supérieur à celui de la prime d'installation. [46]

La formation médicale continue était financée, à raison de 20 jours ouvrables par an, pour les médecins qui résidaient sur un territoire désigné. Lorsqu'ils effectuaient une formation, les bénéficiaires recevaient une indemnité de 371 dollars par jour (soit environ 240 €) et un complément de 180 dollars (soit environ 115 €) pour compenser les frais de séjour. [46]

Les médecins en zone éloignée bénéficiaient du remboursement de certains frais. Selon leur lieu d'installation et leur situation de famille, ces médecins avaient droit au remboursement de trois ou quatre billets d'avion aller-retour en classe économique entre leur

lieu de travail et Montréal. Ils pouvaient également obtenir le remboursement des frais de transport de nourriture jusqu'à 727 kilos par année et par adulte s'il n'y a pas de possibilité d'approvisionnement à proximité. Les frais d'emménagement étaient également pris en charge. [46]

Le « dépannage » est un programme instauré par le gouvernement qui visait à combler des besoins liés à l'absence temporaire d'un médecin exerçant en zone éloignée (vacances). [46]

C'est l'arrêté ministériel 96-07 qui a dressé la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de santé et dans lesquels ces mesures incitatives s'appliquent. Ces territoires sont qualifiés d'« éloignés » quand ils sont situés loin des grands centres urbains et d'« isolés » quand l'insuffisance des voies de communication les rend difficilement accessibles. Au moment de mes recherches, onze des dix-huit régions socio-sanitaires comprenaient de tels territoires, qui étaient en général peuplés de communautés dispersées. [6]

3.6.2.3.2 Mesures désincitatives

En 2015, les mesures visant à réguler l'installation des médecins au Québec étaient nombreuses, car le pays était confronté au problème de l'accès aux soins des collectivités rurales et éloignées depuis de nombreuses années. Toutes les mesures instaurées ne touchaient que les médecins généralistes conventionnés. Les médecins non conventionnés étaient peu nombreux et le gouvernement a essayé de limiter leur développement afin de protéger le régime public d'assurance maladie. [6]

Dans les années 90, la loi 75 a instauré des mécanismes visant à limiter le choix du lieu de pratique pour les spécialistes. Le gouvernement a demandé à chaque région d'élaborer un Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) et a fixé le nombre de médecins qu'elle souhaitait voir s'installer sur une période de 3 ans. Les PREM ont eu pour objectif de faire converger vers la moyenne provinciale le ratio médecin/population dans chacune des dix-huit régions. [6]

Chaque région s'est vu imposer un quota qu'elle devait répartir entre établissements. Ces plans ne concernaient pas l'exercice en cabinet privé. Les résultats des PREM ont donc été limités, car ils ne concernaient que les médecins au sein des hôpitaux. [6]

Depuis le milieu des années 90, les mesures adoptées par le gouvernement se sont multipliées. [6]

Les médecins en zone urbaine ayant moins de 10 ans de pratique ne sont plus remboursés qu'à hauteur de 70%. [46]

En Colombie britannique (autre province du Canada), le gouvernement a voulu introduire un mécanisme de limitation à l'installation. Cependant, la liberté d'installation en pratique privée est un droit garanti par la charte canadienne des droits et des libertés. Le mécanisme de limitation à l'installation a donc fait l'objet d'un recours auprès de la cour suprême et a été invalidé au regard de la charte canadienne des droits et libertés. [46]

Cependant, en 2004, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux et la FMOQ ont convenu d'une entente selon laquelle tout nouveau médecin qui voudrait changer de région de pratique devra obtenir un avis de conformité du DRMG (département de médecine générale) où il souhaite s'installer ; lequel avis ne pourra être délivré que si la cible du PREM n'est pas atteinte. [41]

Si le médecin n'a pas obtenu son avis de conformité, une pénalité de 30 % est appliquée à sa rémunération. [41]

3.6.2.3.3 Incitation aux exercices regroupés

Au Québec, c'est notamment en réaction à l'implantation des Centres locaux de services communautaires (CLSC) dans les années soixante-dix que les médecins généralistes ont été conduits à délaisser la pratique solo pour la pratique de groupe. En effet, lors de la mise en place du système public de santé en 1970, les autorités ont créé des structures publiques, les CLSC, dans l'objectif d'en faire la porte d'entrée principale du système de soins. Les CLSC devaient prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, par le biais d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle, notamment entre médecins, infirmières et travailleurs sociaux. [15]

En 2010, 90% des médecins généralistes travaillant en ville travaillaient en exercice regroupé. [15]

Les soins primaires étaient assurés majoritairement par des cabinets médicaux privés. Ces cabinets étaient en moyenne composés de 5 médecins généralistes. Une minorité de cabinets (17 % environ) comptait une ou plusieurs infirmières au sein de leur personnel. Les cabinets comprenaient, pour près de la moitié d'entre eux, des spécialistes, des psychologues (40 %), des diététiciens (30 %) et des kinésithérapeutes (12 %). [15]

Les cabinets étaient donc à la fois pluri professionnels et pluri spécialités (association entre médecins généralistes et autres médecins spécialistes). [15]

Par ailleurs, au Québec, il s'est développé depuis peu de nouveaux contextes d'exercice, dont l'objectif principal est d'améliorer l'accès aux services de première ligne tout en valorisant le rôle du médecin de famille. Les Groupes de médecine de famille (GMF) se sont mis en place progressivement depuis 2000 pour une clientèle inscrite volontairement. [15]

Les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui exercent en collaboration avec des infirmières et offrent une gamme de services médicaux de première ligne. L'objectif du ministère de la Santé est qu'à terme environ 75 à 80 % de la population assurée soit inscrite chez un médecin de famille membre d'un GMF. [15]

En 2010, une minorité de médecins exerçait dans les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec. [15]

Au Québec, le gouvernement a mis en place des incitations économiques à la pratique

de groupe. Il s'agit de modifications de la rémunération traditionnelle qui peuvent s'adresser soit en totalité au médecin qui travaille en groupe, soit en partie au groupe et en partie au médecin qui y exerce. Il peut s'agir ainsi du remplacement partiel du paiement à l'acte par la rémunération à la capitation lors de la mise en place de systèmes de listes des patients chez un GMF, du développement de modes de rémunération forfaitaires (équipement, coordination...) et de l'introduction du paiement à la performance. [15]

3.6.2.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé au Québec

3.6.2.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

Au moment de mes recherches, au Québec, le patient était libre de consulter le médecin de son choix, généraliste ou spécialiste. Les médecins généralistes avaient souvent une activité de deuxième ligne, puisque beaucoup (40%) avaient une pratique hospitalière, notamment aux urgences et plus encore s'ils pratiquaient en zone éloignée. [41]

Le Conseil médical du Québec a prôné un système de passage obligatoire chez un généraliste (type *gate-keeper*) pour accéder à la consultation spécialisée. [41]

Le Conseil médical du Québec a souhaité définir la place du médecin, non plus comme celle d'un intervenant ponctuel face à un problème de santé, mais comme un acteur assurant la santé d'une population. [41]

Les pénuries de médecins dans les régions rurales et éloignées sont en grande partie dues à l'alourdissement des charges de travail, le nombre trop important de périodes de garde et l'isolement qui ont entraîné l'épuisement des médecins. Le manque de remplaçants, de réseaux d'aiguillage et d'entraide constitués d'autres médecins expliquent l'isolement que ressentent les médecins exerçants dans ces zones. [6]

Les obstacles à la pratique dans les régions mal desservies sont également : l'éloignement des membres de la famille et des amis, le climat et les possibilités récréatives et culturelles. Les médecins ne resteront en milieu rural et éloigné que s'ils bénéficient d'un appui collégial, d'installations appropriées, d'une rémunération suffisante et d'un accès à l'éducation médicale continue. Les débouchés pour les membres de leur famille sont aussi importants. [46]

Depuis quelques années, le gouvernement a tenté de mettre en place un système de personnel intermédiaire dans les régions isolées, comme les infirmières cliniciennes possédant une formation suffisante pour fournir des services de soins primaires. Les infirmières cliniciennes sont formées à offrir des soins primaires, avec une supervision médicale modérée (par téléphone), et les conditions de leur exercice sont réglementées. Le gouvernement a estimé que les infirmières cliniciennes seraient motivées pour s'installer en milieu rural, en raison de la plus grande indépendance de pratique qu'elles peuvent obtenir. La possibilité de les former directement en milieu rural semble aussi plus accessible que la formation, en milieu rural, des candidats aux études de médecine. [37]

Les infirmières cliniciennes existent au Canada depuis vingt ans, mais sont peu

nombreuses. Le développement de cette profession a été freiné, à l'époque, par les organisations d'infirmières qui craignaient que ces postes soient prélevés sur des postes d'infirmières et par les associations médicales qui s'inquiétaient de l'empiétement sur la profession. [37]

3.6.2.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

Au moment de mes recherches, les médecins généralistes québécois travaillaient généralement de façon indépendante et étaient affiliés à la RAMQ. Le mode de rémunération le plus répandu était la rémunération à l'acte. [6]

Cependant, en 1976, le gouvernement a instauré une enveloppe budgétaire pour les soins de santé. Tous les ans, gouvernement et fédérations de médecins négocient la somme globale que le gouvernement doit verser aux fédérations. Ensuite, les fédérations se répartissent cette somme pour définir le revenu moyen des médecins et déterminent le tarif de chaque acte. Afin de respecter les objectifs de limitation de l'enveloppe, un plafonnement individuel de revenu pour les médecins a été instauré. [6]

Chaque médecin généraliste a été assujéti à un plafonnement trimestriel et individuel. Lorsque ce plafond est dépassé au cours du trimestre (33 % de plus que le revenu cible), tout acte supplémentaire n'est rémunéré qu'à 25 % de son tarif régulier. Ce système a pénalisé les médecins ayant une très forte activité. Au Québec, les médecins exerçant en zones rurales ou éloignées n'ont pas été soumis à ce plafond. [6]

Depuis 1993, plusieurs mesures ont modifié les modalités de rémunération des médecins généralistes. [6] Ces derniers ont été dans l'obligation d'effectuer des Activités Médicales Particulières (les urgences des hôpitaux, les programmes de prévention ou de maintien à domicile) sinon leurs honoraires étaient minorés de 30%. En 2013, via les activités médicales particulières, plus de 50 % des médecins généralistes étaient indemnisés de façon mixte. En cabinet privé, ils étaient surtout payés à l'acte tandis qu'à l'hôpital, ils recevaient un salaire ou un tarif horaire ou une rémunération à la vacation. [47]

La profession médicale a négocié activement plusieurs modes de rémunération qui permettraient aux médecins d'être rémunérés pour l'éventail de leurs activités professionnelles grâce à un mode de rémunération mixtes y compris pour les médecins n'exerçant qu'en cabinet privé. [47]

La tarification horaire fut développée pour favoriser la diversité des pratiques des médecins généralistes (activités de santé publique, participation à des réunions scientifiques, formation, visites en centres de long séjour). Le nombre de médecins pratiquant de cette façon est en augmentation. Cependant, on a constaté en parallèle une baisse de la productivité. [6]

Au moment de mes recherches, dans certaines régions rurales, la population était tellement faible que les médecins étaient obligés d'assurer des périodes de garde très nombreuses, pour obtenir un revenu comparable aux praticiens des zones urbaines. C'est pourquoi les médecins ruraux voulaient que le gouvernement leur verse un revenu d'appoint afin qu'ils puissent réduire leurs périodes de garde sans subir de perte importante de revenu et préserver ainsi un style de vie raisonnable tout en desservant leur collectivité rurale. [43]

3.6.2.5 Fin de carrière des médecins généralistes

Il faut savoir qu'au moment de mes recherches, il n'existait pas de loi concernant l'âge de la retraite au Québec. En moyenne, les omnipraticiens prenaient leur retraite à 68 ans et les spécialistes à 72 ans. [48]

En 1996, de manière à réduire son déficit budgétaire, le gouvernement a incité les médecins, comme les autres professionnels de la santé, à prendre une retraite anticipée. Ces incitations ont entraîné immédiatement une diminution importante du nombre de médecins. [6]

Le départ des médecins en très grand nombre a considérablement perturbé le fonctionnement du système de soins. À tel point que les autorités ont dû rappeler certaines personnes qui avaient bénéficié des mesures incitatives à la cessation d'activité. [6]

Le succès des mesures incitatives à la cessation d'activité pour réduire les effectifs médicaux et leur durée de carrière a été tellement important que le nombre de médecins qui ont pris leur retraite au Canada a presque triplé en 20 ans. [6]

Au vu de leur trop grand succès, ces incitations ont été abandonnées par le gouvernement seulement quelques années après leur instauration. [48]

3.7 Tableau récapitulatif

	Allemagne	Angleterre	France	Pays Bas	Québec
Base du système de santé	Bismarckien	Beveridgien	Bismarckien, mais tend vers la mixité	Désengagement de l'État depuis réformes de 2006	Beveridgien
Place des soins primaires dans le système de santé	Faible	Centrale	Peu importante malgré les réformes	Centrale	Très faible
Co-gestion du système de santé	Oui : niveau fédéral et niveau des Länder avec délégation aux corporations des caisses et celles des médecins	Non : uniquement géré par l'État	Non : malgré les syndicats de médecins et le conseil de l'ordre des médecins, État gère seul	Oui : avec rôle majeur des mutuelles et des contrats entre elles et les médecins	Oui : au niveau fédéral et au niveau de la province avec avis de la FMOQ
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants	160	80	88,7	140	108
Répartition sur le territoire	Inégale entre les Länder et entre ville/campagne	Bonne répartition, mais pénurie globale	Inégale selon les départements et entre ville/campagne	homogène	Inégale entre ville/campagne
Moyenne d'âge des médecins	52 ans	45,2% des médecins ont moins de 45 ans et 21,9% ont plus de 55 ans.	51,5 ans	24% ont plus de 55 ans	50 ans
Féminisation	43,00%	45,00%	45,00%	46,00%	42,50%
Nombre d'heures travaillées par semaine	38,5h/sem	41,7h/sem	48h/sem	Donnée manquante	44,5h/sem
Limitation nombre d'étudiants en médecine	Non	Oui par numéris clausus	Oui par numéris clausus	Oui par numerus clausus, mais ajusté par les facultés de médecine	Oui par numerus clausus
La médecine générale est-elle une spécialité à part entière ?	Oui	oui	oui	oui	oui

	Allemagne	Angleterre	France	Pays Bas	Québec
Pourcentage de répartition entre médecine générale et autres spécialités	40% MG	30% MG	46% MG	25% MG lors des études, mais actuellement répartition entre médecins actifs : 45/55	50% MG
Nombre d'années d'étude pour devenir MG	7 ans et demi	10 ans	9 ans + thèse	9 ans	8 ans
Mesures incitatives avant et pendant la formation	Oui : aides financières pendant 2 ans	Pas pour la médecine générale	Oui : aides financières et stages	non	Oui : aides financières
Mesures incitatives à l'installation	Oui pour les zones déficitaires	Rare : financières dans les zones très déficitaires	Oui : aides financières par l'État et dans certaines régions	non	Oui : aides financières, primes, formation médicale...
Mesures désincitatives à l'installation	Oui : restrictions selon les quotas	Oui : restrictions	Non	Oui : indirecte via la concurrence	Oui : diminution de la rémunération
Incitations aux exercices regroupés	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Rôle de gatekeeper pour les médecins généralistes	Non (plus depuis 2013)	Oui	Oui	Oui	Non
Mode de rémunération	À l'acte selon une enveloppe fixe à partager + primes	Mixte : capitation + 3 autres types minimales de rémunérations	Mixte : majoritairement à l'acte + performance et médecin traitant	Mixte : capitation + acte	A l'acte selon une enveloppe fixe
Age de la retraite	68 ans	Entre 60 et 65 ans	65 ans	67 ans	Pas d'âge imposé par une loi, mais en moyenne 68 ans
Incitation à partir en retraite	Oui selon les Länder	Non	Non (plus depuis 2003)	Non	Non
Incitation à continuer son activité	Oui selon les Länder	Oui (ou à reprendre son activité)	Oui (cumul emploi-retraite)	Non	Non

4 Discussion

4.1 Forces et faiblesses

Sur le plan général, ma thèse est critiquable vis-à-vis de sa méthode et des biais qu'elle engendre.

Le choix d'une revue de la littérature exclusivement sur internet engendre un biais de sélection. Elle nous prive de documents, revues ou articles papiers non disponibles en ligne qui auraient pu renforcer les résultats précédemment obtenus.

La langue de rédaction des documents est également un biais de sélection, elle nous prive de documents rédigés dans la langue du pays étudié (notamment pour l'Allemagne et les Pays-Bas) certainement plus complets et précis. Cependant n'étant pas quadrilingue, j'ai étudié les documents dans les langues qui me sont compréhensibles !

L'absence de réponse à mon questionnaire concernant les pays étrangers étudiés enlève de la puissance à ma thèse. Cependant comme mon unique moyen de contacter les responsables nationaux était via leur adresse mail, je n'avais pas d'autres moyens de relance.

Le choix de mon plan engendre lui aussi un biais de sélection. Certaines informations ont été volontairement laissées de côté par manque de précision dans mes recherches et par souci de clarification.

Concernant les systèmes de Santé, je n'ai pas traité le point de vue économique, notamment la part accordée à la Santé vis-à-vis du budget total de chaque gouvernement, ni la dette engendrée par chaque gouvernement concernant l'organisation de la Santé. Le financement et les dépenses concernant la Santé sont bien évidemment des facteurs prépondérants de la bonne organisation de ce système. Mais j'ai préféré me concentrer sur l'aspect organisationnel et non sur l'aspect économique.

De même, dans mes résultats, je n'ai pas abordé le point de vue culturel de la société vis-à-vis du système de santé, c'est-à-dire les habitudes de consommation des habitants, l'évolution de la consommation des soins par les habitants et la vision de la profession médicale par les patients.

Je n'ai finalement pas abordé non plus le sujet des étudiants étrangers souvent trop peu représentatifs du nombre d'étudiants global de chaque pays.

Par manque d'information, j'ai laissé de côté les passerelles possibles entre professions pour intégrer les études de médecines ainsi que le rôle des professions paramédicales dans chaque pays.

4.2 Choix des pays

Le choix des pays à étudier a été pendant plusieurs mois matière à discussion avec mon directeur de thèse. Si le choix d'étudier la France, l'Allemagne et l'Angleterre nous a semblé évident dès le début de mes recherches, les autres pays se sont précisés au fur et à

mesure de mon avancée.

La France était notre point de départ puisque mes premiers questionnements et réflexions émanaient de la crainte des patients rencontrés en cabinet. Donc étudier la France, pays où j'exerce et j'habite était évident.

Durant le deuxième de cycle de mes études médicales, j'ai étudié (brièvement!) les principaux types de systèmes de santé : Bismarckien et Beveridgien. Il m'a donc semblé évident d'étudier les pays précurseurs de ces systèmes de santé que sont l'Allemagne et l'Angleterre.

L'étude des Pays-Bas a rapidement été mise en avant par mon directeur de thèse. La réforme totale de leur système de santé de 2006 nous semblait innovante et intéressante à étudier. Nous cherchions à comprendre si un changement concernant la démographie médicale et la répartition des médecins sur le territoire avait eu lieu suite à cette réforme.

Pour étoffer notre étude, nous voulions également étudier un pays hors de l'Europe. Il fallait cependant choisir un pays dont le développement socio-économique et dont l'intérêt du gouvernement pour la santé au sein du pays était proche de celui de la France. Le Canada nous a semblé un choix judicieux. Cependant les recherches concernant le Canada m'ont permis de comprendre que chaque territoire du Canada a un système de santé qui lui est propre. Les mesures mises en place en ce qui concerne la démographie médicale et la répartition des médecins sur le territoire sont différentes selon ces mêmes territoires. Pour exposer l'ensemble des résultats concernant le Canada, il m'aurait fallu consacrer un chapitre par territoire! C'est pourquoi nous avons décidé de nous focaliser plus précisément sur le Québec, territoire francophone et dont les documents étaient les plus abondants et les plus complets.

La Belgique a finalement été mise de côté de notre recherche. Les documents retrouvés nous expliquent que ce pays est actuellement en pleine réforme de son système de santé. Nous pensions ne pas avoir le recul nécessaire pour l'étudier correctement pour l'instant. Il serait intéressant de le réétudier d'ici quelques années, une fois les réformes mises en place.

Les premiers documents retrouvés concernant la Suède, nous indiquaient que le nombre de médecins généralistes y est faible, car leur système de santé n'est pas centré sur les soins primaires. Ma thèse étant une thèse de médecine générale, nous avons décidé de laisser également la Suède de côté dans mon étude.

4.3 Généralités

J'ai souhaité faire ressortir les grandes idées de chaque pays pour chacune des parties étudiées dans les résultats de ma thèse. J'ai ainsi tiré une synthèse récapitulative pour chacune des parties. Cela m'a permis également de me faire ma propre opinion sur certaines des mesures adoptées et parfois soulever certains aspects qui me semblent critiquables.

Dans un premier temps j'ai donc repris les éléments importants concernant l'organisation actuelle des différents systèmes de santé puis la place accordée aux soins primaires dans les pays et enfin la possibilité d'une cogestion du système de santé.

Dans un second temps, j'ai repris les grands aspects de la démographie médicale de chaque pays concernant notamment la densité de médecins par habitant, leur répartition sur le territoire, l'âge moyen des médecins, le pourcentage de femmes médecins et le temps de travail des médecins généralistes. Puis j'ai refait une synthèse des modalités organisationnelles mises en place au moment des études, au moment de l'installation, lors de l'exercice médical notamment concernant l'exercice regroupé, le rôle de *gate keeper* des médecins généralistes et leur rémunération et enfin les modalités organisationnelles mises en place au moment de la retraite.

4.4 Les systèmes de santé

4.4.1 L'organisation actuelle des systèmes de santé

On distingue l'Angleterre et le Québec dont la base du système de santé est de type beveridgien. Ces deux pays ont actuellement une organisation différente qui s'est forgée au fil des lois et des gouvernements qui se sont succédés. Mais les principes de base du système beveridgien sont toujours respectés à l'heure actuelle dans ces deux pays.

L'Allemagne est le précurseur du système de santé bismarckien. Malgré ses réformes successives, elle a maintenu les bases de ce système.

Les Pays-Bas qui avaient un système de santé de type bismarckien, sont, depuis leur réforme de 2006, totalement à part de ces deux types d'organisation.

Je tiens à mettre la France à part dans cette synthèse concernant l'organisation actuelle du système de santé. En effet, si les bases sont celles du système bismarckien, on remarque depuis des années la mise en place de réformes qui tendent vers le système beveridgien. La France se trouve aujourd'hui avec un système de santé totalement mixte. Il en résulte une complexité évidente de son organisation, avec de multiples intervenants et de nombreuses organisations. On peut aisément imaginer que cette complexité n'est facile à comprendre pour personne, ni pour le gouvernement qui est sensé diriger notre système de santé, ni pour les acteurs de soins tels que les médecins et encore moins pour les consommateurs de soins tels que nos patients... Cette complexité se traduit pour les patients par une incompréhension de leurs modalités de paiement... Combien de mes patients me demandent en fin de consultation : « Vous me faites la feuille de soins pour le remboursement? » « Vous voulez ma carte de mutuelle? » « Ah bon, je dois vous régler ? » « Comme je suis à 100% vous êtes passée par la carte pour le règlement? » « Je suis allé chez le spécialiste et je n'ai pas été totalement remboursé, pourquoi... ? » « C'est quoi le secteur 2 ?... »... Une de mes craintes actuelles est que cette situation ne s'améliore pas avec la loi de 2017...

Il me semble qu'en cumulant ces deux systèmes sans pour autant oser en créer un seul homogène, la France se trouve actuellement confrontée aux inconvénients des deux systèmes sans pour autant en retirer franchement les bénéfices.

Je tiens également à préciser qu'en parallèle des systèmes de santé bismarckien et beveridgien qui dominent largement le paysage des systèmes de santé en Europe, il existe un troisième type de système de santé. Il s'agit du système de santé libéral que l'on rencontre aux États-Unis. Pour se faire une idée plus juste et plus précise des différents modes de fonctionnement des systèmes de santé existants dans le monde, il faudrait étudier ce système

de santé pour découvrir les aspects positifs et négatifs de son organisation.

De mon point de vue, seuls les Pays-Bas ont mis en place des réformes innovantes et globales de leur système de santé. Ils ont modifié les bases même de leur système de santé avec un remaniement plus profond de son organisation. Les autres pays ne mettent en place que des réformes mineures ne bouleversant pas vraiment l'organisation totale du système de santé.

Pour synthétiser, au vu des résultats obtenus, il a été impossible de dégager une organisation idéale concernant le système de santé. Même si les bases peuvent sembler identiques, chaque pays a aujourd'hui un système de santé unique qui lui est propre.

4.4.2 Place des soins primaires dans les systèmes de santé

Excepté l'Allemagne, j'ai le sentiment global que les pays étudiés ont le souhait de recentrer leur système de soins autour des soins primaires.

L'Angleterre et les Pays-Bas ont placé depuis de nombreuses années les soins primaires au centre de l'organisation du système de soins. Notamment par le rôle de *gate keeper* qu'occupent les médecins généralistes depuis de nombreuses années.

En revanche, la France n'a instauré cette mesure que récemment. De ce fait, le sentiment de notre correspondant pour la France, Dr Jacquet, est que, malgré les intentions, la place des soins primaires reste insuffisante.

Le conseil médical du Québec souhaiterait ce type de mesure, mais se heurte à des problèmes organisationnels entre gouvernement, territoire et pénurie de médecins généralistes.

Pour chaque pays, les réformes et les états d'esprit des acteurs et des consommateurs de la santé prennent du temps à évoluer. Il serait intéressant de réévaluer dans plusieurs années la place accordée aux soins primaires dans chaque pays.

Actuellement, la place des soins primaires dans le système de santé de chaque pays lui est propre pour les mêmes raisons suscitées concernant l'organisation du système de santé.

4.4.3 La cogestion du système de santé

L'Allemagne et le Québec ont des similitudes dans leurs mécanismes de cogestion du système de santé. En effet, l'organisation du système est gérée à deux niveaux distincts : au niveau de l'État ou fédéral, mais également au niveau des provinces, ou Länder. Ce type d'organisation peut sembler équitable pour éviter le monopole des décisions à un unique niveau cependant il peut aussi se heurter à des contraintes lorsque les différents niveaux décisionnels ne trouvent pas de compromis...C'est le cas pour l'Allemagne concernant les études médicales et pour le Québec concernant la place des soins primaires...

L'Angleterre, précurseur du système beveridgien, est restée fidèle à un de ses fondements : celui de la gérance unique par l'État. Ce mécanisme étant implanté depuis de

nombreuses années dans ce pays, il me semble que les acteurs et les consommateurs de soins sont habitués et finalement peu critiques face à cette organisation. L'État gère et décide à tous les niveaux : budgétaire, organisationnel, nombre d'étudiants en médecine et cursus, rémunération des médecins...

De mon point de vue, la France est à nouveau à part concernant cette partie. Quand on reprend l'organisation du système de santé, on a un sentiment de multiplicité des organisations, des acteurs, des syndicats qui nous donne une impression de cogestion du système de santé. Cependant en y regardant de plus près, on se rend compte que ses organisations ne rentrent pas en ligne de compte lors de la prise des décisions concernant le système de santé. Pour résumer, malgré les multiples organismes existants en France l'État gère finalement seul les décisions concernant le système de santé. Comme pour l'Angleterre, il décide d'un point de vue budgétaire, organisationnel, le nombre d'étudiants en médecine, leur cursus et leur répartition entre spécialités, il fixe le montant des honoraires des médecins...

Les Pays-Bas sont les seuls à avoir un réel système de cogestion. Depuis 2006, l'État s'est largement désengagé du système de santé, mais tout en restant présent, notamment en offrant la couverture de soins de base aux personnes aux revenus trop faibles. Ce sont les mutuelles et les organisations locales de médecins qui ont pris le relais concernant les contraintes budgétaires, la démographie médicale... Ce système de cogestion découle de la réforme globale du système de santé de 2006. En bouleversant totalement les bases du système de santé, ils ont bouleversé son organisation et donc sa gestion.

Pour résumer ce chapitre, il a été une fois encore impossible de comparer les pays entre eux. En effet, la cogestion du système découle de l'organisation du système en lui-même et est donc propre à chaque pays. Il me semble impossible d'organiser une cogestion efficace d'un système de santé sans modifier l'organisation du système de santé en lui-même.

4.5 Régulation de la démographie médicale des médecins généralistes

4.5.1 Démographie médicale

4.5.1.1 La densité de médecins

On peut remarquer que les pays dont le système de base est beveridgien ou à tendance beveridgienne, (Angleterre, Québec et France) ont un nombre de médecins généralistes bien plus faible que les autres pays, et cela, indépendamment de la place qui leur est accordée dans le système de santé.

Dans de nombreux documents, les auteurs expliquent que le système de santé beveridgien apporte des contraintes budgétaires très importantes avec un coût élevé. Les pays font alors le choix de limiter le nombre de médecins pour limiter ce coût.

Notamment en Angleterre, pays précurseur de la mise en place d'un *numerus clausus* à l'entrée des études, la situation de pénurie est admise par tous. Dans le document de référence bibliographique n° 6 : « La régulation des professions de santé - études monographiques Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis », il est expliqué que cette pénurie relève avant tout des contraintes budgétaires très strictes, propres au système du NHS.

L'Angleterre a cherché à ne pas avoir trop de médecins afin de limiter les dépenses de Santé. Cette situation a limité les propositions des différents comités. La réflexion entamée sur la démographie médicale a porté, surtout, sur l'autonomie de la force de travail britannique, par rapport aux médecins étrangers. L'Angleterre a cherché à maximiser la productivité des médecins, bien avant d'en augmenter le nombre.

Il est important de souligner que la densité de médecins est directement corrélée au nombre d'étudiants entrant en études de médecine. Le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine joue donc un rôle prépondérant sur la densité de médecins dans un pays.

On peut remarquer également que plus la mise en place du *numerus clausus* est ancienne, plus le nombre de médecins généralistes est faible. On peut se poser la question d'une remise en cause des gouvernements face à ce mécanisme avec notamment un probable retard d'adaptation du *numerus clausus* face à l'augmentation, au vieillissement de la population et à la modification de la pratique de la médecine générale.

L'Allemagne en l'absence de *numerus clausus* se trouve en revanche face à une pléthore de médecins.

Les Pays-Bas sont un peu à part car bien qu'ils aient instauré un *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine, les facultés peuvent adapter ces chiffres selon leurs besoins. La décision du nombre de médecins à former est donc prise à deux niveaux : au niveau du gouvernement et au niveau local par les facultés elles-mêmes.

Face à ces quelques exemples, on peut conclure qu'une limitation trop stricte du nombre de médecins qui est uniquement gérée au niveau gouvernemental engendre une pénurie de médecins généralistes qui a fortiori peut rendre difficile l'accès aux soins. A l'inverse, l'absence totale de contrôle engendre une pléthore de médecins.

Dans ce chapitre, les Pays-Bas nous montrent un mécanisme moins strict qui serait potentiellement à exploiter. Un système de régulation à deux niveaux pourrait apporter un équilibre plus adapté.

Il s'agit bien sûr d'un résumé très simplifié, il faut pour trouver un équilibre prendre également en compte la modification de la population autant sur son nombre que sur son vieillissement sur les années à venir, la mobilité des médecins, la durée des études de médecine...

4.5.1.2 La répartition sur le territoire

Presque tous les pays, à l'exception des Pays-Bas, sont confrontés à un problème de répartition des médecins sur l'ensemble de leur territoire et ce quelque soit leur système de santé.

Je souligne également le fait que, bien que, chaque système de santé soit unique, ils mettent tous en place à peu près le même type de mesures pour y remédier ! Peu importe l'organisation générale du système de santé, ils sont confrontés aux mêmes problèmes et mettent en avant les mêmes solutions pour y remédier !

Les plus touchés par la mauvaise répartition des médecins sont les pays dont la superficie du territoire est la plus grande : l'Allemagne, la France et le Québec.

L'Angleterre via ces méthodes de régulations a une répartition plus homogène de ses médecins sur l'ensemble de son territoire. Cependant à cause des contraintes budgétaires, leur nombre est tellement faible que l'Angleterre est dans une situation de pénurie médicale globale sur l'ensemble du territoire !

La France et le Québec sont touchés à la fois par une faible densité de médecins et par une répartition inhomogène de ses derniers sur leur territoire.

Une fois de plus, les Pays-Bas se détachent de notre étude, car ni le nombre de médecins ni leur répartition sur le territoire ne semblent poser de problème.

Il est intéressant de souligner que le seul pays de notre étude cumulant un système de soins centré sur les soins primaires et une cogestion du système de santé est le seul pays ne rencontrant pas de difficulté en matière de densité médicale ni de répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire, c'est-à-dire les Pays-Bas... Valoriser la médecine générale et accorder à ses acteurs une place concernant les décisions prises vis-à-vis de l'organisation du système de santé serait la clé??? Question à méditer...

4.5.1.3 Moyenne d'âge des médecins

La moyenne d'âge des médecins est à peu près comparable dans les 5 pays étudiés.

Cette moyenne nous permet surtout d'estimer le nombre de départ en retraite dans les années à venir. Il serait intéressant de coupler cette moyenne au nombre d'étudiants entrant chaque année en faculté ainsi qu'au nombre d'années d'études nécessaires pour qu'un médecin soit formé dans chaque pays. On pourrait ainsi se rendre compte de l'évolution du nombre de médecins dans plusieurs années dans chaque pays. Les gouvernements des différents pays ont-ils prévu de diminuer le nombre de médecins ou au contraire de l'augmenter dans les années à venir ? Anticipent-ils les départs en retraite de ces médecins ?

4.5.1.4 Le taux de féminisation de la profession médicale

Le taux de féminisation de la profession est également comparable dans les 5 pays étudiés.

Concernant ces chiffres, ce sont surtout les problèmes soulevés par la féminisation de la profession qui sont intéressants à étudier. En effet, de nombreuses études prouvent que les femmes ont un temps de travail par semaine moindre que les hommes. Or le nombre de femmes médecins ne fait que s'accroître dans tous les pays étudiés. Donc, par rapport aux années précédentes, avec le même nombre de médecin on ne fournit pas la même quantité totale de travail. Le nombre de médecins est donc un mauvais reflet de la nécessité en médecins. Comme la part des femmes médecins ne fait que s'accroître, il faudrait prévoir plus de médecins...

Notons tout de même que ce phénomène n'est pas exclusivement féminin, dans de

nombreux documents étudiés, les auteurs mettaient en avant l'évolution de la pratique de la médecine. En effet dans de nombreux pays, notamment en Allemagne, les médecins en ont assez de devoir être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, comme c'est souvent le cas en zone rurale. Même s'ils ont la vocation, ils estiment que leur famille ne mérite pas d'être sacrifiée pour autant. Les jeunes médecins, et pas seulement les femmes, cherchent à concilier leur vie de famille et leur vie professionnelle. Ils ont tendance à diminuer leur nombre d'heures de travail pour favoriser leur vie de famille et leur qualité de vie.

4.5.1.5 Le nombre d'heures travaillées

Je n'ai pas retrouvé cette donnée pour les Pays-Bas.

Ma réflexion sur les quatre pays restant montre que l'Allemagne, seul pays ne rencontrant pas de problème de densité médicale est également le seul pays dont les médecins travaillent moins de 40 heures par semaine.

A l'inverse, comme je l'ai évoqué plus haut, les pays dont le système de santé est de base beveridgienne ou à tendance beveridgienne (l'Angleterre, le Québec et la France) cherchent à maximiser la productivité des médecins, bien avant d'en augmenter le nombre. Dans ces pays, le temps de travail dépasse les 40 heures par semaine par médecin.

Le record revient à la France avec une moyenne de 48h par semaine par médecin. Il me semble que ce record est le fruit des réformes à tendance beveridgienne instaurées depuis quelques années en France dans un contexte où la population française était habituée à un certain mode de consommation de soins. En effet, comme je l'ai déjà évoqué, le système de santé beveridgien apporte des contraintes budgétaires importantes dont la solution mise en avant pour réduire les dépenses est de diminuer le nombre de médecins. Cependant en France, au moment où la réduction du nombre de médecins est mise en place, la population est habituée, non seulement à avoir un médecin très proche de son lieu de vie mais en plus de pouvoir le consulter dès qu'elle en a besoin. Avec la diminution du nombre de médecins, non seulement certains médecins, majoritairement ceux installés en campagne ne sont pas remplacés, mais en plus, la charge de travail laissée aux médecins restant en activité a largement augmenté pour pouvoir continuer de fournir l'accès aux soins auquel la population est habituée...Cependant cet équilibre me semble, dans certains départements, largement dépassé, car le mécontentement de la population est de plus en plus grandissant malgré des médecins généralistes déjà surchargés...

Je n'ai pas retrouvé le temps de consultation accordé à chaque patient et donc le nombre de patients vus par médecin par semaine pour chaque pays. Mon introduction soulève le problème des maladies chroniques qui engendrent des consultations plus complexes et donc plus longues. On peut donc facilement imaginer que pour un même nombre d'heures travaillées par semaine un médecin voit moins de patients par semaine qu'il y a plusieurs années.

Cumulant ces différentes réflexions : féminisation de la profession, diminution du nombre d'heures travaillées, augmentation du temps de consultation, il est intéressant de mettre en avant la notion d'équivalent temps plein.

Cette notion est fréquemment apparue dans mes recherches. Au vu de l'évolution de la

pratique de la médecine, elle semblerait un bien meilleur reflet de la nécessité en médecins pour chaque pays plutôt que d'utiliser comme seul indicateur le nombre de médecins nécessaires par pays.

4.5.2 Formation des médecins et régulation de la démographie médicale

4.5.2.1 Mode de sélection pendant les premières années d'étude de médecine

Tous les pays étudiés, à l'exception de l'Allemagne, ont fait le choix d'introduire un *numerus clausus* dans le cursus des études médicales. C'est-à-dire de limiter le nombre de place dans les facultés de médecine.

Les gouvernements ont tendance à mettre en avant le fait que limiter le nombre d'étudiants permet de leur fournir une meilleure formation, mais il n'en résulte pas moins qu'il s'agit d'un fort moyen de limiter le nombre de médecins futurs et donc un moyen de limiter les dépenses de Santé.

Ayant décidé de ne pas étudier l'aspect économique dans mon étude, je ne sais pas si le fait d'avoir instauré un *numerus clausus* durant les études de médecine a effectivement un rôle sur les dépenses de santé dans ces pays. Il faudrait comparer les dépenses de santé des pays avant et après l'instauration du *numerus clausus* et également comparer les dépenses des pays avec et sans *numerus clausus* pour savoir si ce mécanisme permet réellement une diminution des dépenses de santé.

J'ai déjà fait plusieurs remarques vis-à-vis du *numerus clausus* dans le paragraphe 2-1-1 concernant la densité médicale. En effet, ces deux paragraphes sont directement corrélés puisque le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine joue un rôle prépondérant sur la future densité de médecins dans un pays.

Les trois pays utilisant le *numerus clausus* comme moyen prépondérant de régulation de la densité médicale sont l'Angleterre, le Québec et la France.

Plus la mise en place du *numerus clausus* était ancienne, plus le nombre de médecins généralistes était faible dans le pays. On peut ajouter que plus la période de diminution du nombre de médecins par le *numerus clausus* est longue, plus la pénurie est importante.

En effet, la période restrictive du *numerus clausus* au Québec a duré 16 ans avant que le gouvernement ne décide de ré-augmenter le nombre d'étudiants à l'entrée des études de médecine. Cette période a duré plus de 20 ans en France et en Angleterre. Quand on compare la densité médicale par pays, l'Angleterre et la France sont les deux pays les plus touchés par la pénurie de médecins généralistes, avec respectivement 80 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 88,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

À travers ces données, je me suis demandée si les gouvernements anticipaient suffisamment l'adaptation du *numerus clausus* face à l'augmentation de la population, au vieillissement de la population, à la modification de la pratique de la médecine générale et au départ en retraite des médecins.

En effet, il faut selon les pays, entre 8 et 10 ans pour qu'un étudiant arrive en tant que

médecin généraliste sur le marché. Il faut donc considérer le *numerus clausus* comme un mécanisme non pas à court terme, mais plutôt à moyen ou long terme concernant la régulation du nombre de médecins.

Pour leur défense, l'Angleterre, la France et le Québec ont chacun des organismes composés d'experts qui évaluent régulièrement le nombre d'étudiants à accepter chaque année et conseillent ainsi le gouvernement. Cependant, il me semble que chaque organisme évalue certes selon les besoins futurs de la population mais doivent prendre en compte aussi les restrictions budgétaires imposées par chaque gouvernement...Donc au final, ce nombre estimé d'étudiants nécessaires n'est-il pas biaisé ?...

Comme je l'ai déjà mentionné, les Pays-Bas me semblent un peu à part, car bien qu'ils aient instauré un *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine, les facultés peuvent adapter ces chiffres selon leurs besoins. De plus, le gouvernement semble conscient du délai d'action du *numerus clausus* sur la densité médicale. En effet, les Pays-Bas ont estimé depuis 2012 devoir augmenter le nombre de médecins de 25% à l'entrée des études pour faire face à la demande en médecins en 2025, soit 13 ans avant les besoins estimés...

Je rappelle que l'Allemagne, qui n'a pas mis de *numerus clausus* en place, a le nombre le plus élevé de médecins de notre étude. Elle n'est pourtant pas moins touchée concernant la répartition inhomogène des médecins généralistes sur l'ensemble de son territoire.

Avec cette remarque, il semblerait que le *numerus clausus* durant les études médicales, même s'il permet de réguler la densité médicale en diminuant le nombre de médecins, ne semble pas jouer sur la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Les mécanismes de sélection des étudiants au cours de leur cursus sont différents dans chacun des pays étudiés. Le mécanisme de sélection n'influence pas le *numerus clausus* en lui-même, et n'a donc pas d'impact sur le nombre de médecins. Par contre il doit certainement avoir un impact concernant les caractéristiques du médecin lui-même. En effet, j'imagine qu'un étudiant sélectionné sur entretien individuel n'a pas les mêmes caractéristiques, ni la même personnalité qu'un étudiant, et à fortiori qu'un futur médecin, choisi uniquement sur concours. Mais là encore, je dépasse le cadre de mon étude...

Pour résumer ce paragraphe, le *numerus clausus* est un mécanisme essentiel dans la régulation de la densité des médecins dans un pays, mais il ne joue pas de rôle sur la répartition des médecins sur le territoire. Les pays dont le *numerus clausus* a été introduit depuis de nombreuses années et imposé strictement par les gouvernements sont les pays qui présentent à l'heure actuelle la densité de médecins la plus faible.

4.5.2.2 Régulation et nombre d'étudiants formés en médecine générale au cours des études

Le mode de répartition des étudiants entre les différentes spécialités, que ce soit par stages, par concours, par dossier ou entretien, influence en fait peu le nombre d'étudiants choisissant la médecine générale.

C'est en réalité le pourcentage d'étudiants répartis selon les spécialités qui détermine le nombre futur de médecins généralistes. Cette décision est prise par l'État dans tous les pays

étudiés de ma thèse et tous les pays de mon étude considèrent la médecine générale comme une spécialité à part entière.

Cependant, chaque année, dans tous les pays étudiés, des places de médecine générale restent non attribuées. Ce phénomène est surtout prépondérant en France et au Québec.

En Allemagne, le nombre de médecins formés par année est tellement important que même si l'ensemble des places de médecine générale n'est pas pourvu, le nombre de médecins généralistes sortant des facultés est suffisant.

Au Québec, la médecine générale est effectivement reconnue comme une spécialité, mais la place des soins primaires dans le système de santé n'est pas centrale. De plus presque la moitié des médecins généralistes exercent en milieu hospitalier. La reconnaissance de la médecine générale ne me semble donc pas prépondérante dans ce pays et ne doit donc pas inciter les étudiants en médecine à choisir cette filière.

Il faut noter que le statut de spécialité accordé à la médecine générale est plus ou moins récent selon les pays étudiés.

En Angleterre et aux Pays-Bas cette reconnaissance est ancienne. Elle se traduit notamment par une place centrale ancienne des soins primaires dans leur système de Santé et une différence de rémunération par rapport aux autres spécialités moindre que dans les autres pays.

De plus pour les Pays-Bas, les enseignants de médecine générale donnent des cours dès le début du cursus de médecine, les médecins généralistes ont leur place dans les décisions concernant l'organisation du système de santé, la place de la médecine générale est donc valorisée depuis de nombreuses années. On peut souligner également que les Pays-Bas font des projections à 10 et 20 ans qu'ils réévaluent tous les ans concernant le besoin estimé en médecins généralistes. Récemment, leurs estimations les ont conduits à penser que pour conserver l'équilibre actuel des différentes spécialités des médecins en activité, il fallait que chaque année 500 étudiants de médecine générale débutent leur activité en tant que médecin. Pour obtenir ce quota, ils forment chaque année plus de 800 étudiants en médecine générale. Ainsi même en cas d'abandon, de redoublement, de changement de filière ou de retard au début d'activité, ils obtiennent le quota souhaité.

Pour l'Angleterre et les Pays-Bas, alors qu'on, pourrait penser l'inverse, le pourcentage d'étudiants dédiés à la médecine générale est moindre que dans les autres pays. En effet, on ne retrouve que 30% pour l'Angleterre et 25% pour les Pays Bas, contre un minimum de 40% pour les autres pays. Ces valeurs pourraient s'expliquer par l'ancienneté de la place centrale accordée à la médecine générale. En effet comme cette place est accordée depuis de nombreuses années, le nombre de médecins généralistes exerçants actuellement est équilibré face aux autres spécialités, donc le nombre d'étudiants en médecine générale arrivant sur le marché pour entretenir cet équilibre n'a pas besoin d'être dominant par rapport aux autres spécialités, comme dans les autres pays, mais simplement équilibré et ajusté aux besoins, d'où ce pourcentage qui peut sembler faible.

En France, cette reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité est récente, l'impact de ce statut y est pour l'instant moindre. Il faut donc donner du temps à la France dont le changement de statut de la médecine générale est récent. Il faudrait envisager

une nouvelle étude dans plusieurs années pour voir si les mentalités ont évolué.

Cependant, selon de récentes études, les étudiants français estiment que le cursus théorique ne les prépare pas suffisamment à l'exercice ambulatoire de premiers recours. Selon les représentants des syndicats d'étudiants, l'enseignement ne leur permettrait pas véritablement de faire l'apprentissage de la prise en charge globale, coordonnée et de long cours de leurs futurs patients caractéristique des soins des premiers recours. Les étudiants ont déclaré se sentir relativement démunis pour gérer un cabinet en sortie d'études et avoir une faible visibilité sur les aides dont ils pourraient bénéficier.

Au vu de ces réflexions, il me semble que pour pouvoir faire avancer les mentalités et permettre à la médecine générale de prendre la place que le gouvernement souhaite lui donner, il faudrait d'abord remanier les études de médecine en elles-mêmes : développer et valoriser la place des médecins généralistes dès le début du cursus des études médicales, que le deuxième cycle ne soit pas uniquement centré sur les spécialités et enfin lors du troisième cycle, permettre aux étudiants de médecine générale de passer plus de 6 mois (ou un an dans le meilleur des cas) dans des stages de soins primaires ou ambulatoires. Selon moi, il est impossible d'apprendre à exercer l'ensemble de mon futur métier de médecin généraliste si la majorité de mon cursus, y compris ma spécialisation, est centrée sur d'autres spécialités...

4.5.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation

Seul le Québec propose des incitations avant la formation des études médicales. Ces incitations sont sous forme d'information dans les lycées et sous forme de stages. On peut se demander l'utilité de telles incitations si le numerus clausus à l'entrée des études n'est pas levé. En effet, on ne pourra pas augmenter le nombre de médecins même en faisant naître des vocations parmi les jeunes tant que le numerus clausus sera en place !

L'Angleterre et les Pays-Bas n'ont pas mis en place de mécanismes incitatifs à choisir la médecine générale durant les études médicales.

Les pays rencontrant des difficultés de répartition des médecins généralistes sur leur territoire, c'est-à-dire l'Allemagne, la France et le Québec ont mis en place des incitations durant la formation à choisir la filière médecine générale.

Ce sont ces mêmes pays qui proposent en pourcentage, le plus de place de médecine générale par rapport aux autres spécialités. En effet, dans ces trois pays, plus de 40% des places de spécialités sont réservées à la médecine générale.

Les trois pays ont en commun une incitation financière (sous forme de bourse, de contrats...) pour tenter de pousser les étudiants à choisir la médecine générale et d'exercer en zone sous-médicalisée durant une période donnée.

Ces incitations financières semblent avoir un impact à court terme sur la régulation des médecins sur le territoire. Il semblerait en effet qu'une fois le contrat terminé, dans la majorité des cas, le jeune médecin change de lieu d'exercice.

Certains étudiants avaient même déjà pris la décision, par choix personnel, de s'installer dans une zone sous-médicalisée avant même de percevoir l'aide financière. Ils

auraient choisi ce mode d'exercice avec ou sans la bourse ! Dans ce cas il s'agit plutôt d'un effet d'aubaine et non pas d'une incitation !

La France va un peu plus loin en ayant depuis quelques années instaurer une obligation de stage en médecine générale durant le second cycle pour tous les étudiants. On peut cependant critiquer la formation de médecine générale lors du troisième cycle, qui reste selon de nombreux internes de médecine générale, trop centrée sur la pratique hospitalière.

Le Québec est le pays de notre étude ayant instauré le plus grand nombre d'incitations lors de la formation. La plus innovante concerne la « décentralisation de la formation ». Elle permet à un étudiant de réaliser l'ensemble de son cursus en milieu rural. Ainsi cet étudiant a de plus grandes chances de s'installer en milieu rural qu'un autre étudiant, puisqu'il s'est largement familiarisé avec ce mode d'exercice.

J'ai retrouvé dans d'autres documents, d'autres incitations innovantes testées dans d'autres territoires du Canada. En effet, dans certaines universités, des places sont spécifiquement réservées à des étudiants venant de zones sous-médicalisées. Le gouvernement estime qu'un étudiant provenant de ces zones sera plus enclin à s'y installer. De même, certains territoires ont créé des universités dans les zones sous-médicalisées obligeant ainsi les étudiants à venir y faire l'ensemble de leur cursus. Le gouvernement estime que l'étudiant va se créer un réseau de contacts de professionnels avec lesquels il aura pris l'habitude de travailler et donc inciter et faciliter l'installation des étudiants dans ces zones.

Nous n'avons pas encore assez de recul sur l'efficacité des créations d'universités dans les zones sous-médicalisées ou sur les places réservées aux étudiants venant de zones sous-médicalisées.

Je tiens à préciser que ma thèse repose sur la description des différents mécanismes de régulations et non pas sur l'efficacité de ces différentes méthodes. Ce serait intéressant dans une autre thèse d'évaluer la modification de répartition des médecins sur l'ensemble des territoires à la suite des méthodes mises en place, et donc pouvoir évaluer l'efficacité de ces différentes méthodes.

Pour résumer ce paragraphe, les pays rencontrant le plus de difficultés à une répartition homogène des médecins généralistes sur leur territoire sont ceux qui ont mis en place des incitations à pratiquer la médecine générale durant les études. Le mécanisme le plus répandu est sous forme d'incitation financière. Le Québec a en plus testé d'autres types de mécanismes permettant d'habituer les étudiants à travailler en milieu rural.

4.5.3 Régulation de la démographie des médecins généralistes à l'installation

4.5.3.1 Mesures incitatives pour les médecins généralistes à l'installation

Tous les pays étudiés, excepté les Pays-Bas, ont mis en place des méthodes incitatives à l'installation de médecins généralistes dans les zones sous-médicalisées.

Les incitations financières sont les plus fréquemment utilisées puisqu'on les retrouve dans tous les pays ayant mis en place des incitations à l'installation.

La plupart sont sous forme de bourses ou de primes à l'installation en échange de plusieurs années d'exercice dans la zone sous médicalisée.

L'Angleterre est très en retrait vis-à-vis des autres pays car même si elles sont mises en place, ces incitations restent rares et ne concernent que les régions très largement sous médicalisées.

Le Québec propose, en plus des bourses et des primes à l'installation, une augmentation de la rémunération du médecin et le remboursement des frais liés à son travail si ce dernier exerce en zone sous-médicalisée.

La France est le pays offrant le plus d'incitations financières, car elles sont proposées à différents niveaux : au niveau de l'État, des collectivités territoriales et au niveau de la sécurité sociale. Elles sont pour la plupart cumulables entre elles.

Cependant, d'une manière générale, en France, les mesures sont trop nombreuses, complexes et peu lisibles. En effet, la multiplicité et la complexité des différents dispositifs d'aides financières relevant d'acteurs différents ne facilitent pas la bonne information des étudiants et des jeunes médecins sur les aides à l'installation existantes et les conditions d'exercice en libéral. Devant cette complexité et le peu d'information, ces mesures ne peuvent donc pas avoir un réel impact sur la répartition démographique des médecins sur l'ensemble du territoire...

L'Allemagne, la France et le Québec proposent également des aides non financières pour les médecins décidant de s'installer en zones sous-médicalisées.

L'Allemagne et le Québec jouent surtout sur la quantité de travail, avec pour l'Allemagne, la suppression de gardes et un congé parental plus long avec remplacement du médecin et pour le Québec un remplacement du médecin durant ses vacances.

La France propose en plus des aides financières, des aides « techniques » à l'installation, avec des sites internet cartographiant les régions et les zones sous-médicalisées.

Dans certains documents étudiés, j'ai retrouvé d'autres mécanismes incitatifs mis en place par les autres territoires du Canada. Ils portent plus sur la qualité de vie personnelle du médecin plutôt que sur sa vie professionnelle. Par exemple : accueil du médecin avec présentation de la ville, travail pour le conjoint, activités et gardes proposées pour les enfants... Ces mécanismes viennent juste d'être mis en place et nécessiteraient d'être réévalués à distance.

Soulignons une fois de plus que les Pays-Bas n'ont recours à aucun mécanisme incitatif à l'installation.

Pour résumer, l'installation est un moment clé de la vie d'un médecin que les gouvernements ciblent largement pour les inciter à travailler en zones sous-médicalisées. En revanche, je tiens à faire remarquer encore une fois que le type et l'organisation du système de santé ne rentrent finalement pas en compte dans le type de mécanismes incitatifs mis en place par les pays. Tous les pays utilisent les mêmes types de mécanismes, majoritairement financiers.

4.5.3.2 Mesures désincitatives pour les médecins généralistes à l'installation

Les pays dont le système de santé est uniquement basé sur le système beveridgien, l'Angleterre et le Québec, ont des mécanismes désincitatifs à l'installation pour les médecins généralistes mis en place depuis plusieurs années. Ces mécanismes fixent des quotas à l'installation selon les zones ou les territoires. Les installations sont restreintes dans les zones suffisamment dotées de médecins.

Pour l'Angleterre, les quotas et les zones désignées sont gérés uniquement par l'État.

Pour le Québec, les mécanismes sont gérés à la fois par l'État et par les territoires.

Le Québec a également mis en place des sanctions financières avec diminution des remboursements des médecins s'installant dans des zones non prioritaires.

L'Allemagne a récemment mis en place ce même système de quota à l'installation avec interdiction de s'installer dans la zone si le nombre de médecins dépasse 110 % du quota.

Les Pays-Bas ne rencontrent pas de problèmes majeurs vis-à-vis de la répartition des médecins sur le territoire, cependant depuis le changement de système de santé en 2006, ils ont vu apparaître deux types de désincitations à l'installation. Pour s'installer un médecin doit obtenir une autorisation de l'association locale des généralistes. De plus la mise en concurrence des médecins entre eux par les contrats avec les mutuelles engendre une nécessité de répartition homogène des médecins si ces derniers souhaitent conserver une rémunération stable.

La France malgré les problèmes majeurs qu'elle rencontre vis-à-vis de la répartition des médecins sur son territoire, est le seul pays étudié à ne pas avoir instauré de mesures désincitatives à l'installation. Avec la loi « HPST » de 2009, un mécanisme de solidarité devait être introduit, mais devant la vive opposition des médecins, ce mécanisme a finalement été abandonné.

Les mécanismes désincitatifs sont identiques selon les pays ; un quota est fixé selon la densité de médecins généralistes par zones et l'installation des médecins est interdite dans les zones où le quota est dépassé. Les Pays-Bas ont en plus une notion récente de concurrence entre médecins généralistes les obligeant à une meilleure répartition sur leur territoire.

Le but de ma recherche était la description des différents modes de régulations et non leur efficacité. Cependant, au vu des commentaires retrouvés dans les documents étudiés, il semblerait qu'aucune des méthodes de régulations décrites ne soit réellement une méthode miracle pour permettre une répartition homogène des médecins sur l'ensemble du territoire d'un pays. Les médecins essaient un maximum de contourner ces limitations de quota par les quelques exceptions mises en place qui leur permettent tout de même de s'installer (déconventionnement, départ en retraite, exercice regroupé...). Ou bien ils s'installent dans une zone où le quota est respecté, mais pas dans la zone la plus nécessiteuse en médecins. L'homogénéité de la répartition devrait se faire certainement sur plusieurs années. Mais comme dans le même temps le nombre de départ en retraite va augmenter, les jeunes médecins pourront s'installer à leur place et finalement les installations continueront de se faire au même endroit...

4.5.3.3 Incitation aux exercices regroupés

On ne retrouve pas d'incitation à la pratique de groupe ni en Allemagne, ni aux Pays-Bas.

L'Angleterre, la France et le Québec ont mis en place certains mécanismes qui poussent les médecins à se regrouper. Il ne s'agit pas de bourses ou primes comme pour les mécanismes incitatifs à l'installation. Mais, pour inciter le regroupement, les mécanismes mis en place jouent quand même sur l'impact financier au moment de la rémunération du médecin.

En Angleterre, le gouvernement a mis en place des contrats plus avantageux permettant une augmentation de la rémunération du médecin travaillant en groupe.

Au Québec, les modes de rémunérations sont plus avantageux pour les médecins travaillant en groupe.

En France, les majorations de rémunérations touchent uniquement les médecins se regroupant en zones sous-médicalisées.

Le document de référence bibliographique n°15 : « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? » mettait en avant le fait que les pays où le médecin généraliste a un rôle de *gate-keeper* aurait une tendance à l'exercice de groupe.

Or dans mon étude, je n'ai pas retrouvé de lien de corrélation direct entre les incitations à l'exercice de groupe et d'autres facteurs étudiés dans mon étude tels que le rôle du médecin généraliste.

En effet, le Québec n'a pas mis en place ce rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes et pourtant la majorité des médecins de ville travaillent en groupe. A l'inverse, les médecins généralistes hollandais ont ce rôle de *gate-keeper* depuis des années et seuls 60% des médecins généralistes se regroupent ; pourtant, on ne retrouve pas pour autant des mécanismes d'incitations à la pratique de groupe aux Pays-Bas.

4.5.4 Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé

4.5.4.1 Rôle et missions des médecins généralistes

Ce paragraphe recoupe les commentaires déjà faits dans le paragraphe 1-2 concernant la place des soins primaires dans le système de santé.

L'Angleterre et les Pays-Bas sont les précurseurs concernant la mise en place du rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes puisque ce rôle leur est accordé depuis de nombreuses années. Avant de pouvoir consulter un médecin spécialiste, les patients doivent d'abord se rendre chez le médecin généraliste qui, si ce dernier estime qu'une consultation avec un spécialiste est nécessaire, leur fait une recommandation.

La France a également instauré ce mécanisme, mais depuis 2004 seulement. La place prépondérante du médecin généraliste via ce système n'est donc pas encore vraiment établie.

L'Allemagne a récemment enlevé le rôle de *gate-keeper* aux médecins généralistes. On peut supposer que les bénéfices escomptés en instaurant ce système n'ont donc pas été atteints en Allemagne et a donc motivé son retrait. Je n'ai pas retrouvé dans les documents étudiés les raisons qui ont motivé ce changement de statut (point de vue organisationnel ?, financier ?, déséquilibre d'effectif entre médecins spécialistes et généralistes???)

Le Québec n'a jamais instauré ce rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes. Il faut préciser que le Québec est un peu à part des autres pays concernant l'exercice des médecins généralistes : car ces derniers exercent à plus de 40% dans les hôpitaux. Même si le Québec désire actuellement introduire ce système, on peut se poser la question si le fait que peu de médecins généralistes exercent en ville ne rend justement pas difficile la mise en place du système de *gate-keeper*.

Au regard de ces données, il ne semble pas avoir de lien entre le système de santé d'un pays et le rôle de *gate-keeper* accordé aux médecins généralistes. En effet, l'Angleterre a un système de santé de type beveridgien et les Pays-Bas avaient un système de santé de bases bismarckiennes au moment de l'instauration du rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes. Le Québec de base beveridgienne, n'a pas ce mécanisme en place et l'Allemagne de base bismarckienne vient de l'enlever.

On peut en revanche noter le rôle commun à tous les médecins généralistes des pays étudiés concernant l'éducation, le dépistage et la prévention.

4.5.4.2 Modes de rémunération des médecins généralistes

Dans les résultats du paragraphe concernant les modes de rémunérations des médecins généralistes, j'ai cherché uniquement à décrire les différents modes de rémunération par pays. J'ai laissé de côté la partie économique. Je n'ai donc pas le montant moyen des rémunérations des médecins généralistes de chaque pays. Ce chiffre serait pourtant intéressant pour déterminer les pays qui valorisent financièrement les médecins généralistes par rapport aux autres médecins spécialistes et ainsi savoir si la valorisation financière de la médecine générale a un impact sur la démographie médicale en général.

Dans ce paragraphe de ma discussion, je ne discute que des médecins généralistes libéraux et conventionnés. En effet, les médecins généralistes non conventionnés sont trop peu représentatifs dans les pays, et concernant les médecins salariés, il serait plutôt intéressant de comprendre pourquoi les médecins ont fait le choix de ce mode d'exercice plutôt que de discuter du mode de rémunération en lui-même. Cependant dans ces deux situations (salariat ou déconventionnement), les raisons du choix d'un tel mode d'exercice nous éclaireraient certainement sur les désavantages du mode d'exercice libéral, conventionné ; mais comme les résultats de ce paragraphe sont uniquement descriptifs, je n'ai pas suffisamment d'informations sur ce sujet. De plus, je n'ai pas retrouvé de commentaires particuliers dans les documents étudiés qui pourraient nous orienter sur ces choix.

Tous les pays étudiés proposent une rémunération mixte plus ou moins complexe aux médecins généralistes libéraux et conventionnés.

Je n'ai pas retrouvé de lien de corrélation direct entre le type de rémunération et le type de système de santé.

L'Allemagne et le Québec ont le mode de rémunération qui se ressemble le plus. Les médecins généralistes sont payés à l'acte, mais selon une enveloppe fixe à partager entre les médecins. Il n'y a donc pas de prix fixe de l'acte. Avec ce mécanisme, le gouvernement limite les dépenses : car il fixe le montant de l'enveloppe.

On peut noter que les médecins généralistes de ces deux pays n'ont actuellement pas le rôle de *gate-keeper*. Cependant je ne suis pas persuadée que ce rôle ait une influence sur ce mode de rémunération dans ces pays : car en Allemagne, ce mode de rémunération était déjà en place quand le rôle de *gate-keeper* était encore accordé aux médecins généralistes.

L'Allemagne ajoute en plus du paiement à l'acte des primes pour la tenue des dossiers, l'éducation des patients et le suivi des pathologies chroniques.

Le Québec propose depuis peu, en plus du paiement à l'acte, une tarification horaire pour l'éducation des patients et pour les médecins généralistes participant à des réunions ou à des formations. Cependant le gouvernement estime qu'une baisse de la productivité a été engendrée avec ce type de rémunération.

Aux Pays-Bas, les médecins généralistes ont la rémunération la plus simple. Ils cumulent un paiement à la capitation selon le nombre de patients inscrits sur leur liste plus un paiement à l'acte. Les Pays-Bas viennent de tester un nouveau mode de rémunération : la rémunération à la pathologie. Ce mode de rémunération étant récent, je n'ai pas retrouvé d'avis dans mes documents le concernant.

L'Angleterre et la France proposent les modes de rémunération les plus complexes.

En Angleterre, la rémunération des médecins généralistes repose sur le paiement à la capitation auquel s'ajoute une rémunération à la performance, un paiement à l'acte et une dotation minimale par médecin.

En France, la rémunération des médecins généralistes est basée sur un paiement à l'acte, mais auquel s'ajoute un paiement à la performance, un paiement à la capitation avec majoration pour les patients atteints de pathologies dites « ALD » et une majoration de paiement pour les consultations de patients de plus de 80 ans.

Ces multiples modes de rémunérations s'ajoutant les uns aux autres montrent le désir des gouvernements à valoriser la médecine générale et ainsi inciter les jeunes étudiants en médecine à pratiquer la médecine générale. Cependant cette multiplicité et la modicité des sommes mettent également en avant leur impuissance face au problème actuel.

4.5.5 Fin de carrière des médecins généralistes

Concernant les incitations à l'âge de la retraite, l'Allemagne, l'Angleterre et les Pays-Bas me semblent avoir un raisonnement logique.

En Allemagne, dans les régions où il y a trop de médecins, on retrouve des incitations financières à prendre une retraite anticipée. Par contre dans les régions sous médicalisées, on retrouve des incitations financières à rester en activité.

En Angleterre dont la pénurie de médecins est reconnue par tous, on retrouve des incitations financières à rester en activité, voire même pour reprendre une activité pour des médecins déjà à la retraite.

Les Pays-Bas qui ne rencontrent pas de problèmes vis-à-vis de la densité médicale ni de la répartition des médecins généralistes sur leur territoire n'ont pas de raison de le faire et ne proposent donc aucune incitation pour les médecins à l'âge de prendre leur retraite.

La France ne fait pas de distinction entre ses régions. Peu importe la densité de médecins généralistes dans la zone où le médecin part en retraite, elle propose à tous les médecins de poursuivre leur activité après l'âge de la retraite et de cumuler ainsi une double rémunération : leur retraite et la rémunération liée à leur activité. Il semblerait plus logique de cibler certaines zones prioritaires à ce type de mécanisme comme elle le fait pour les incitations à l'installation.

Le Québec, devant la pénurie de médecins, a suspendu ses incitations au départ en retraite anticipée. En revanche, elle n'a pour l'instant pas fait le choix de mettre en place d'incitations à poursuivre une activité. Rappelons tout de même qu'il n'y a, au Québec, pas de loi concernant l'âge de la retraite. De ce fait, il semble difficile d'instaurer des incitations puisque le départ en retraite est un choix personnel et non « une obligation » imposée par le gouvernement. Dans ces conditions, existerait-il réellement un type d'incitation qui influencerait un choix personnel et certainement réfléchi vis-à-vis de la qualité de vie et des aspects financiers qu'apporte la retraite. Il me semble que dans ces conditions, un médecin sur le point de partir en retraite l'a certainement décidé en fonction de la fatigue accumulée, mais également en ayant pris en compte les aspects financiers dus à la retraite.

4.6 Point de vue personnel

Au vu des synthèses réalisées pour chaque paragraphe, je tiens à souligner que les incitations mises en place par les différents pays sont majoritairement des incitations financières, et ce pour tous les moments où des incitations sont mises en place : au moment des études, à l'installation, pour inciter le regroupement des médecins, les modes de rémunération et au moment de la retraite. Pourtant, la majorité des commentaires que j'ai pu lire concernant ce type d'incitations expliquait que ces incitations financières ne semblaient pas fonctionner et surtout pas à long terme.

Dans les paragraphes 4.5.2.3 Mesures incitatives avant et durant la formation et 4.5.3.1 Mesures incitatives pour les médecins généralistes à l'installation, j'ai mentionné que dans certains territoires du Canada, le gouvernement tentait une mise place de mesures jouant plus sur la vie personnelle que professionnelle d'un jeune médecin. Il existe également au Canada la possibilité de réaliser le cursus entier de médecine dans des zones sous médicalisées, des places sont réservées aux étudiants venant de zones sous médicalisées...C'est ce genre de mesures, à mon sens plus innovantes, qui me sembleraient intéressantes à réévaluer.

Il faudrait que les instances décisionnelles des différents pays admettent et comprennent enfin qu'il faut envisager d'autres types d'incitations. Actuellement, les médecins sont moins intéressés par l'aspect financier que par leur qualité de vie... La reconnaissance de la médecine générale par la valorisation de cette discipline dès le début du cursus des études médicales et la prise en compte de l'avis des médecins concernant les lois et les réformes à

apporter au système de santé, porteraient, me semble-il, un impact bien plus important.

Je me rends bien compte que certains modes de régulations sont très récents dans certains pays et il faut donc leur laisser du temps pour en voir les effets. Il serait intéressant de faire une étude d'ici quelques années voir si ces mécanismes récemment mis en place ont finalement eu un impact bénéfique sur la démographie médicale.

Concernant plus particulièrement la France, qui était le point de départ et finalement le point central de mon étude, je tiens à mettre en avant qu'elle est en fait, un réel patchwork des différentes mesures adoptées par les autres pays. De son système de santé qui est le plus complexe de tous, car de base bismarckienne, mais à tendance beveridgienne depuis plusieurs années ; à l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine à l'image de l'Angleterre ; à l'instauration d'incitations lors des études médicales à l'image du Québec ; à l'instauration d'incitations à l'installation à l'image de l'Allemagne et du Québec ; en les multipliant et les rendant ainsi incompréhensibles ; à l'instauration du rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes à l'image de l'Angleterre ; à la multiplication des modes de rémunérations en cumulant tous les modes de rémunérations existants dans les autres pays et même à l'instauration d'incitations au moment de la retraite à l'image de l'Angleterre. Si j'ose affirmer ceci, c'est que les dates d'instauration de ces différents mécanismes en France sont toutes postérieures aux dates d'instauration d'au moins un des pays étudiés. La France ne fait finalement que copier des mesures déjà instaurées dans d'autres pays.

Je me demande sérieusement si les différents gouvernements se sont posé la question de savoir quelle méthode serait réellement utile et efficace ou bien si ils ont simplement multiplié les expériences et les essais... Il me semble qu'il faudrait réévaluer régulièrement les mesures mises en place et étudier leur impact sur la densité médicale et sur la répartition des médecins. J'aurais également tendance à vouloir simplifier certains modes de régulation plutôt que de les multiplier, les rendre incompréhensibles et par la même occasion, perdre le bénéfice de chacune.

De mon point de vue, ce n'est justement pas en cumulant les mesures, en reproduisant les techniques des pays voisins que l'on peut améliorer la situation dans son propre pays...si on veut pouvoir améliorer la démographie médicale surtout en ce qui concerne une répartition homogène des médecins sur l'ensemble du territoire, il me semble plus judicieux de réformer le système de santé lui-même et d'adapter les études médicales. Clamer la valorisation de la médecine générale ne suffit pas, il faudrait envisager une écoute, une place et un pouvoir décisionnel plus important aux acteurs de santé concernant les lois et les réformes mises en place. Associer les acteurs de santé à la réflexion de ce qui sera leur exercice me paraîtrait plus pertinent. De même, donner une place plus importante dès le début du cursus aux enseignants de médecine générale et à leur disciple, valoriser la pratique des soins primaires et la pratique ambulatoire plutôt que la pratique hospitalière, me sembleraient avoir un impact plus certain sur les étudiants plutôt que de « bombarder » des incitations financières.

Dans ma discussion, j'ai introduit à plusieurs reprises que les Pays-Bas me semblaient un peu à part dans mon étude. En effet, malgré le peu de méthodes de régulations existantes dans le pays, il ne semble pas rencontrer de problème de démographie médicale aussi bien concernant la densité de médecins que leur répartition sur l'ensemble du territoire. Rappelons que ce pays a osé une réforme totale de son système de santé qui se détache depuis des autres systèmes de santé des autres pays étudiés. Je ne dis pas que le système de santé hollandais est parfait, mais au moins le gouvernement n'a pas cherché à accumuler les méthodes de

régulations, il a osé une réforme innovante et inédite pour améliorer leur système de santé. Il serait intéressant de l'étudier d'un point de vue économique par rapport aux autres pays.

Certes, avant même cette réforme, les Pays-Bas ne rencontraient pas de problèmes majeurs concernant les points étudiés dans ma thèse. En effet, comme mentionné plus haut, la valorisation de la médecine générale est ancienne, avec une place équivalente aux autres spécialités dès le début des études médicales. J'admets cependant que les Pays-Bas ont une superficie moindre par rapport aux autres pays étudiés, ils n'ont que quatre facultés de médecine et malgré ce faible chiffre, ils arrivent à couvrir la totalité de leur besoin en médecins. Avec ces données, on peut imaginer qu'une répartition homogène des médecins sur un territoire plus petit doit être facilitée.

Pour conclure ma discussion, je souhaite soulever une autre idée. Selon moi, pour chacun des pays, il serait intéressant d'étudier la mise en place des réformes selon le contexte culturel et politique du moment, dans le pays. Par exemple, l'approche de nouvelles élections, le mécontentement de la population, les guerres, le contexte économique, la cote de popularité du gouvernement en place...afin de comprendre pourquoi certains pays ou gouvernements osent plus de bouleversements que d'autres...

5 Conclusion

Ma thèse est une description des modalités organisationnelles mises en place par les systèmes de santé en Allemagne, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et au Québec concernant la démographie des médecins généralistes, leur répartition sur leur territoire et les missions qui leurs sont confiées.

1-Organisation actuelle des systèmes de santé, mécanismes de gestion et place accordée aux soins primaires

Au vu des résultats obtenus, on peut conclure que l'organisation du système de santé d'un pays est complexe et unique à chaque pays. En effet, il a été impossible de dégager une organisation idéale concernant le système de santé. Même si les bases peuvent sembler identiques, chaque pays a aujourd'hui un système de santé unique qui lui est propre. Il s'est forgé au fil des années, selon les lois, les réformes mises en place par les gouvernements successifs. Chaque pays s'est retrouvé à un moment de son Histoire confronté à des mécontentements de la population en matière de Santé, à l'évolution de la médecine, à ses nouvelles technologies... et a donc dû faire des choix en conséquence concernant l'organisation de son système de santé.

L'organisation des systèmes de santé, y compris leurs mécanismes de gestion et la place accordée aux soins primaires dans le système de santé, n'est donc pas comparable entre eux : car ils sont le fruit d'une succession de lois et de réformes propre à chaque pays.

L'Allemagne a un système de santé de base bismarckienne qui est cogéré par l'État fédéral et par chaque Länder pour la prise des décisions concernant la Santé. La place accordée aux soins primaires y est très faible.

L'Angleterre a un système de santé basé sur le système beveridgien qui est uniquement géré par l'État. La place accordée aux soins primaires est prépondérante.

La France a un système de santé de base bismarckienne mais à tendance beveridgienne depuis plusieurs années. Le système de soins est essentiellement géré par l'État et laisse finalement peu de place aux autres organismes concernant les prises de décisions importantes et donc dans les réformes du système. Le système de santé a été récemment recentré sur les soins primaires.

Les Pays-Bas, depuis la réforme de 2006, ont un système de santé innovant qui n'est basé sur aucun des deux modèles connus en Europe. L'État s'est désengagé de l'organisation du système de santé au profit des mutuelles et des associations locales de médecins. La place des soins primaires est prépondérante.

Le Québec a un système de santé de base beveridgienne, mais avec une cogestion de l'État et de chaque région pour la prise de décisions concernant la Santé. La place des soins primaires y est faible.

2.1-État des lieux actuel de la démographie médicale de chaque pays

Le nombre de médecins généralistes par pays, leur répartition sur le territoire et leur nombre d'heures travaillées par semaine sont les conséquences des mécanismes de régulation mis en place par les systèmes de santé selon les pays.

Ces mêmes mécanismes, en revanche, n'influencent que très peu la moyenne d'âge des médecins qui est à peu près comparable dans chaque pays étudié dans ma thèse, de même que le taux de féminisation de la profession qui devient de plus en plus important dans tous les pays étudiés ici.

L'Allemagne a une pléthore de médecins, y compris de médecins généralistes, dont les horaires de travail sont inférieurs à 40h par semaine, mais dont la répartition sur le territoire n'est pas homogène, au profit de certaines régions et des grandes villes. Cette situation est principalement le fruit d'un refus de coordination entre les différentes instances décisionnelles que sont l'État fédéral et les Länder.

L'Angleterre connaît une réelle pénurie de médecins généralistes qui travaillent plus de 40h par semaine, mais qui ont dans l'ensemble une répartition homogène sur l'ensemble du territoire. Cette situation est en majeure partie due aux contraintes budgétaires sévères propres au système de santé anglais qui cherche avant tout, à travers les mécanismes qu'il a mis en place, à maximiser la production des médecins généralistes avant d'en augmenter le nombre.

La France connaît une pénurie de médecins généralistes dont les horaires de travail sont les plus élevés de mon étude avec en moyenne près de 48h par semaine, et qui de plus, ont une répartition très inhomogène sur le territoire métropolitain à l'échelle régionale et départementale. Cette situation semble être le fruit de la complexité qu'apporte la mixité de notre système de Santé. Avec les réformes à tendance beveridgienne, sont apparues les contraintes budgétaires et donc la diminution du nombre de médecins et donc l'augmentation du nombre d'heures de travail, mais sans jouer sur leur répartition sur le territoire.

Les Pays-Bas ont non seulement un nombre équilibré de médecins généralistes mais, ils ont de plus, une répartition homogène sur l'ensemble de leur territoire. La superficie moins étendue des Pays-Bas doit favoriser cette situation, mais la place centrale accordée aux médecins généralistes depuis de nombreuses années doit aussi l'influencer.

Le Québec connaît une pénurie de médecins généralistes dont les horaires de travail dépassent les 40h par semaine, et qui de plus, ont une répartition inhomogène sur leur territoire. Cette situation est le fruit non seulement des contraintes budgétaires liés au système beveridgien, mais également à la difficulté de coordination entre les différentes instances décisionnelles que sont l'État et les régions, mais également au mode d'exercice des médecins généralistes pratiquant à 40% en structure hospitalière.

À travers ces données, il se dégage de notre étude deux points importants. Les pays dont le système de base est beveridgien ou à tendance beveridgienne, connaissent une pénurie de médecins du fait des contraintes budgétaires imposées. Par contre, les pays, tels que l'Angleterre et les Pays-Bas, qui ont depuis longtemps placé les soins primaires au centre de leur système, semblent moins touchés par la mauvaise répartition des médecins généralistes sur leur territoire.

2.2-Modes de régulation durant les études de médecine

Le mécanisme de régulation du nombre de médecins réduisant ainsi leur nombre est l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales.

Le mode de répartition des étudiants entre les différentes spécialités influence peu le nombre d'étudiants choisissant la médecine générale, qui est une spécialité à part entière dans tous les pays étudiés de ma thèse. C'est plutôt le pourcentage d'étudiants répartis selon les spécialités qui détermine le nombre futur de médecins généralistes. Cette décision est prise par l'État dans tous les pays étudiés de ma thèse.

Dans certains pays, durant la formation, des incitations, majoritairement financières, visent à influencer les étudiants à choisir la médecine générale.

L'Allemagne, suite à un conflit entre les instances décisionnelles, n'a pas introduit de *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine, ce qui explique sa pléthore de médecins. La répartition des étudiants selon les spécialités se fait à travers des stages de spécialisation. 40% des places de spécialisation sont réservées à la médecine générale. On retrouve des aides financières pour les étudiants choisissant la médecine générale.

L'Angleterre est le précurseur de la mise en place du *numerus clausus* à l'entrée des études. Les étudiants peuvent postuler à autant de spécialités qu'ils le souhaitent, la répartition des étudiants selon les spécialités se fait par la suite sur entretien et dossier. 30% des places de spécialisation sont réservées à la médecine générale. On ne retrouve pas d'incitations durant la formation à choisir la médecine générale.

La France a instauré le mécanisme du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine depuis 1971. La répartition des étudiants selon les spécialités se fait à la suite d'un concours national appelé examen classant national. Actuellement 46% des places de spécialisation sont réservées à la médecine générale. Des aides financières à type de contrats sont proposées aux étudiants choisissant la médecine générale et s'engageant à s'installer en zone déficitaire ainsi que des aides au logement et le remboursement de certains de leurs frais.

Les Pays-Bas ont instauré le mécanisme du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine, mais ce dernier est moins strict que dans les autres pays, car il est ajustable selon les facultés. La répartition des étudiants selon les spécialités se fait selon le choix des étudiants et est autorégulée selon les capacités d'accueil des hôpitaux selon les spécialités. Actuellement, 25% des places de spécialisation sont réservées à la médecine générale. On ne retrouve pas d'incitations durant la formation à choisir la médecine générale. Malgré le peu de régulations, les Pays-Bas est le seul pays de mon étude à ne pas rencontrer de problèmes de recrutement pour la médecine générale.

Le Québec a instauré le mécanisme du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine. La répartition des étudiants dans les différentes spécialités se fait selon les besoins estimés pour chacune d'entre elles. Le gouvernement oriente les étudiants vers les spécialités estimées prioritaires. 50% des places de spécialisation sont réservées à la médecine générale. Des stages rémunérés en zone déficitaire, ainsi que des aides au logement et le remboursement de leur frais sont proposés aux étudiants lors des premières années de médecine. Des aides financières à type de bourses sont proposées aux étudiants de médecine générale s'engageant à s'installer en zone déficitaire. Le Québec propose également une

incitation non financière lors de la formation. Il s'agit de la « décentralisation de la formation », elle permet à un étudiant de réaliser l'ensemble de son cursus en milieu rural.

Les pays ayant fait le choix d'un *numerus clausus* strict à l'entrée des études font face actuellement à une pénurie de médecins et plus particulièrement de médecins généralistes.

L'Angleterre et les Pays-Bas qui ont accordé à la médecine générale une place prépondérante depuis de nombreuses années ont actuellement un nombre de médecins généralistes équilibré par rapport aux autres spécialités. Le pourcentage de répartition des étudiants vis-à-vis de la médecine générale y est par conséquent moindre que dans les autres pays étudiés car ces deux pays cherchent seulement à conserver cet équilibre et non pas à augmenter le nombre de médecins généralistes comme le font les autres pays de mon étude.

2.3-Modes de régulation à l'installation

Les pays rencontrant des difficultés de répartition des médecins généralistes sur leur territoire mettent tous en place le même type de mécanismes pour améliorer cette situation, et ce, indépendamment de l'organisation du système de Santé du pays. Il s'agit soit de mesures incitatives, principalement financières, à s'installer en zone déficitaire, soit de mesures désincitatives, avec interdiction de s'installer dans les zones où le nombre de médecins est estimé suffisant, soit le cumul de ces deux types de mesures.

Certains pays vont également proposer des incitations financières à l'exercice regroupé de la médecine générale.

En Allemagne, certains Länder proposent des incitations financières à type de primes pour les médecins généralistes en échange de leur engagement à exercer en zone déficitaire sur une période de 5 à 10 ans. De plus, l'Allemagne a instauré le *Bedarfsplan* qui est une mesure désincitative limitant l'installation des médecins dans certaines zones selon un quota à respecter. On ne retrouve pas de mesures incitatives à l'exercice regroupé de la médecine générale.

En Angleterre, on retrouve de très rares incitations financières à type de primes pour les médecins généralistes acceptant de s'installer en zone très déficitaire. La régulation de la répartition des médecins généralistes est plutôt basée sur des mesures désincitatives. Une nouvelle installation de médecin généraliste est autorisée si le nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée est estimé trop important. Le gouvernement propose des contrats aux médecins généralistes les incitant à exercer en groupe.

La France propose de très nombreuses incitations financières, cumulables entre elles, pour les médecins généralistes qui s'installent en zone déficitaire. Cependant, ces incitations étant trop complexes, elles ne facilitent finalement pas la répartition des médecins généralistes sur le territoire. La France propose également des incitations non financières sous forme de renseignements sur la répartition des médecins par régions et départements. On ne retrouve pas de mesures désincitatives à l'installation en France. Une majoration de rémunération est proposée aux médecins généralistes qui se regroupent en zone déficitaire.

Les Pays-Bas ne proposent aucune incitation à l'installation. Depuis la réforme de 2006, un mécanisme désincitatif est apparu par la mise en concurrence des médecins

généralistes entre eux. Cependant ce mécanisme a peu de répercussions : car les Pays-Bas ne rencontraient pas de problème de répartition des médecins sur leur territoire avant cette réforme. On ne retrouve pas non plus d'incitations à exercer en groupe.

Le Québec propose des incitations financières à l'installation sous forme de bourses, de primes, mais également par une augmentation de rémunération et par le remboursement de certains frais si le médecin généraliste s'installe en zone sous-médicalisée. Le Québec a également mis en place des mécanismes désincitatifs à type de sanctions financières avec diminution des remboursements des médecins s'installant dans des zones non prioritaires. Des modes de rémunérations plus avantageux sont mis en place pour les médecins exerçant en groupe.

Les mécanismes incitatifs sont majoritairement financiers. Cependant, de récentes études montrent que ce type de mécanismes n'a finalement que peu d'impact sur les médecins qui cherchent plutôt actuellement à améliorer de leur qualité de vie en équilibrant leur vie professionnelle avec leur vie personnelle.

De même les incitations à travailler en groupe n'ont que peu d'impact sur le choix des médecins généralistes sur leur mode d'exercice. L'augmentation du nombre de médecins généralistes travaillant en groupe est plus le fruit des habitudes de travail données aux médecins durant leurs études avec la possibilité de discuter et prendre avis auprès d'autres collègues que des incitations proposées. Travailler seul et isolé n'est plus le vœu des jeunes médecins généralistes.

2.4-Missions assignées aux médecins généralistes par le système de santé

La place centrale accordée aux soins primaires dans certains pays passe par l'instauration du rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes.

Un rôle commun est donné à tous les médecins généralistes des pays étudiés dans ma thèse, il s'agit du rôle concernant l'éducation, le dépistage et la prévention.

Le mode de rémunération des médecins joue finalement peu de rôles dans la démographie médicale et dans la répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire.

L'Allemagne a enlevé le rôle de *gate-keeper* aux médecins généralistes depuis 2013. Les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte, mais selon une enveloppe fixe à partager entre les médecins. Il s'y ajoute des primes pour la tenue des dossiers, l'éducation des patients et le suivi des pathologies chroniques.

L'Angleterre, dont la place accordée aux soins primaires est prépondérante, a instauré le rôle de *gate-keeper* aux médecins généralistes depuis de nombreuses années. Leur rémunération repose sur le paiement à la capitation auquel s'ajoutent une rémunération à la performance, un paiement à l'acte et une dotation minimale par médecin.

La France a cherché depuis peu à recentrer son système de Santé autour des soins primaires et a donc accordé le rôle de *gate-keeper* aux médecins généralistes que récemment. Les répercussions attendues par cette décision ne sont pas encore réellement mises en place

dans le pays. La rémunération des médecins généralistes est complexe, elle est basée sur un paiement à l'acte auquel s'ajoute un paiement à la performance, un paiement à la capitation avec une majoration pour les patients atteints de pathologies dites « ALD » et une majoration de paiement pour les consultations de patients de plus de 80 ans.

Les Pays-Bas, dont la place accordée aux soins primaires est prépondérante, ont instauré le rôle de *gate-keeper* aux médecins généralistes depuis de nombreuses années. Leur rémunération repose sur un paiement à la capitation auquel s'ajoute un paiement à l'acte.

Le Québec, malgré son désir de recentrer son système de Santé autour des soins primaires n'a jamais instauré ce rôle de *gate-keeper* pour les médecins généralistes. Cette instauration semble inenvisageable à ce jour au vu du mode d'exercice des médecins généralistes. En effet, ces derniers exercent à plus de 40% dans les hôpitaux. La rémunération des médecins généralistes en ville repose sur un paiement à l'acte auquel s'ajoute une tarification horaire pour l'éducation des patients et la participation à des réunions ou à des formations.

2.5-Mode de régulation en fin de carrière

Le moment de la retraite est également ponctué de mesures incitatives ou désincitatives à poursuivre son activité selon les pays.

L'Allemagne, dans les Länder dont le nombre de médecins est très important, des mesures incitatives financières à prendre une retraite anticipée sont mises en place. A l'inverse, dans les Länder en déficit de médecins généralistes, des mesures incitatives financières à poursuivre leurs activités sont mises en place.

En Angleterre, des mesures incitatives financières sont mises en place pour influencer les médecins à poursuivre leur activité.

En France, des mesures incitatives financières sont mises en place pour influencer les médecins à poursuivre leur activité. Ils peuvent ainsi cumuler leur retraite avec la rémunération que leur apporte leur maintien en activité. Cette mesure incitative a surtout un impact chez les médecins généralistes de sexe masculin.

Les Pays-Bas ne proposent pas de mesures incitatives au moment de la retraite.

Le Québec ne propose plus de mesures incitatives au moment de la retraite.

3-Conclusion générale

En conclusion, la plupart des pays étudiés dans ma thèse rencontrent soit un problème de densité de médecins généralistes, soit un problème de répartition des médecins généralistes sur le territoire, soit ils cumulent ces deux problèmes.

Les mesures instaurées pour résoudre ces problèmes sont les mêmes pour tous les pays étudiés sans influence majeure du type de système de Santé en place dans le pays.

Quand une mesure de régulation est instaurée dans un pays, elle est rapidement reprise par un autre pays. Ce phénomène est prépondérant en France, elle a presque systématiquement instauré les mécanismes des autres pays avant même d'en connaître l'efficacité.

En revanche, les Pays-Bas, qui est le seul pays de mon étude à ne pas rencontrer de problèmes concernant la démographie médicale et la répartition des médecins généralistes sur le territoire, est également celui qui a le moins de mécanismes de régulation mis en place, que ce soit au moment des études, au moment de l'installation des médecins généralistes ou au moment de la retraite.

Je n'ai cependant étudié que 5 pays. Il serait intéressant d'étendre les recherches à d'autres pays du monde et voir si cette situation équilibrée se retrouve dans un autre pays, avec un autre système de soins ou d'autres mesures de régulation.

De plus, ma thèse ne fait que décrire les méthodes utilisées dans chaque pays sans étudier l'efficacité de ses méthodes. Une autre étude serait nécessaire pour répondre à cette question.

Enfin, dans certains pays étudiés dans ma thèse, certaines réformes et méthodes de régulation sont récentes. Il serait intéressant de réétudier la situation dans ces mêmes pays dans plusieurs années pour savoir si ces méthodes de régulation sont toujours en vigueur et si ces dernières se sont montrées efficaces concernant la démographie médicale et la répartition homogène des médecins généralistes sur leur territoire.

Concernant mon poste au sein du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, j'ai finalement décliné l'offre de Mme la Ministre. A mon sens, au vu de mes recherches, l'amélioration de la situation en France nécessiterait une diminution du nombre et surtout une simplification des mécanismes sensés améliorer la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire au profit d'une restructuration globale du système de Santé vis-à-vis de son organisation, avec une implication des acteurs de santé plus importante lors de la prise des décisions sur les réformes à envisager en matière de Santé, une réforme du cursus des études médicales avec une place plus importante accordée à la médecine générale dès le début des études de médecine et une recentralisation autour de la médecine ambulatoire pour les étudiants de médecine générale lors du 3ème cycle.

Mes idées seraient-elles un peu trop révolutionnaires pour notre pays ? Ou est-ce notre pays qui n'est pas prêt à modifier ses habitudes ?...

6 Bibliographie

1. Paris M. Déserts médicaux : réalité versus fantasme [Internet]. CISS; 2015 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/151103_cp_desertsmedicaux-encadrerinstallation-_ciss.pdf
2. Le Breton-Lerouillois G. atlas de la démographie médicale : situation au 1er janvier 2015 [Internet]. conseil national de l'ordre des médecins; 2015 [cité 20 oct 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
3. Cartier T. Séminaire de production « maladies chroniques » [Internet]. FAYR-GP; 2013 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/05_Transition_epidemiologique_FAYRGP.pdf
4. 4 élèves. La régulation de l'offre de soins de premier recours : options d'approfondissement [Internet]. l'ENA direction de la formation; 2010 [cité 6 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.ena.eu/index.php?/fr/recherche/Travaux-des-eleves/Memoires-du-seminaire-d-option-domaine-social>
5. Fischer P. Les différents systèmes de santé en Europe [Internet]. info santésuisse; 2010 [cité 3 nov 2014]. Disponible sur: https://www.santesuisse.ch/user_content/files/infosantesuisse_dossiers/04_europe_iss3_2010_f_20110324083956.pdf
6. Bourgueil Y, Durr U, De Pourvoirville G, Rocamora-Houzard S. La régulation des professions de santé - études monographiques Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis Rapport final [Internet]. drees; 2002 [cité 20 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud22a.pdf>
7. Eisenberg E. Le système de santé en France et en Allemagne [Internet]. santé sans frontière; 2007 [cité 3 oct 2014]. Disponible sur: www.conference-rhin-sup.org/.../sante/telechargements.html
8. Anonyme. Etudes de médecine en Allemagne [Internet]. euro-guidance; 2015 [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.euroguidance-france.org/etudier-en-europe/allemande/les-etudes-de-medecine-en-allemande/>
9. Anonyme. Le régime allemand de sécurité sociale [Internet]. CLEISS; 2015. Disponible sur: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_allemande1.html
10. Schmucker R. Le financement de la politique de santé de l'Allemagne Enjeux et perspectives [Internet]. comité d'études des relations franco-allemandes; 2010. Disponible sur: <https://www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/noteducerfa77schmuckerfr.pdf>

11. Anny. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens volume 2 [Internet]. Observatoire nationale de la démographie des Professions de Santé; 2015 [cité 20 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf
12. Le Faou A-L. La cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins. Cairn. 2008;(18):69- 75. Disponible sur : http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SEVE&ID_NUMPUBLIE=SEVE_018&ID_ARTICLE=SEVE_018_0069
13. Bourgueil Y, Durr U, Rocamora-Houizard S. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Quebec et au Royaume -uni [Internet]. drees; 2001 [cité 26 mai 2014]. Disponible sur: www.drees.santé.gouv.fr/IMG/pdf/er120.pdf
14. Anonyme. LES DOCUMENTS DE TRAVAIL DU SÉNAT : LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE [Internet]. sénat; 2008 [cité 27 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/lc/lc185/lc1850.html>
15. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? [Internet]. IRDES; 2007 [cité 20 août 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>
16. Anny. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens Volume 1 [Internet]. Observatoire National de la démographie des Professions de Santé; 2015 [cité 20 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
17. Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire [Internet]. Health service circular; 2002 [cité 3 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>
18. Thayer C, Tonneau D. Le système de santé en Angleterre [Internet]. annales des mines; 2000. Disponible sur: <http://www.annales.org/gc/2000/gc09-2000/064-075.pdf>
19. Kemp M. The Review Body on Doctors' & Dentists' Remuneration Review for 2015 General Medical Practitioners and General Dental Practitioners [Internet]. NHS England; 2015 [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/ddrb-evidence-16-17.pdf>
20. Sagnes-Raffy C. Organisation générale du système de santé en France [Internet]. Apprentissage de l'exercice médical; 2009 [cité 16 mai 2014]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf
21. Cartler T, Mercler A. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer. 23(101):65- 71. Disponible sur : <http://www.exercer.fr/numero/101/page/65/>

22. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2015 [Internet]. Ordre national des médecins; [cité 20 oct 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
23. Cal M-L. La politique de régulation de la démographie médicale en France : une mise en perspective [Internet]. 2010 [cité 20 mai 2014]. Disponible sur: http://cudep.u-bordeaux4.fr/sites/cudep/IMG/pdf/Cudep_Bordeaux_2007_-_Seance_I_-_M-L-_CAL.pdf
24. Bernard-Catinat M, Delga M-E, Grillet G, Monier B. Liberté d'installation, liberté d'exercice Quelle médecine pour quels médecins? [Internet]. conseil national de l'ordre des médecins; 2003. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportdudr.bouet.pdf>
25. Dormont B, Samson A-L. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations [Internet]. Economie et statistique; 2009 [cité 6 juin 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES414A.pdf
26. Bourgueil Y, Mousques J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France [Internet]. questions d'économie de la santé; 2007 [cité 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>
27. Vigier P. Rapport sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire [Internet]. Assemblée nationale; 2012 [cité 20 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r4188.pdf>
28. Bourgueil Y, Mousques J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France [Internet]. IRDES; 2006 [cité 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
29. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 [Internet]. IRDES; 2010 [cité 3 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
30. Bourgueil Y. Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir. Regards croisés sur l'économie. janv 2009;159- 1967. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-159.htm>
31. Barnay T. Réforme du médecin traitant et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Revue française des affaires sociales. 2007;(1):109- 26. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-1-page-109.htm>
32. Douven R, Mot E, Pomp M. La réforme du système de santé aux Pays-Bas [Internet]. la vie économique; 2007 [cité 24 mars 2014]. Disponible sur: https://www.santesuisse.ch/user_content/files/infosantesuisse_dossiers/01_reforme_du_systeme_de_sante_aux_pays-bas_2011-03-24_f_20110324161512.pdf

33. Bernstein D. PAYS-BAS : LA THÉORIE DE LA CONCURRENCE RÉGULÉE À L'ESSAI [Internet]. cairn; 2011 [cité 3 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-1-page-127.htm>
34. Petkantchin V. La réforme de la santé aux Pays-Bas [Internet]. institut économique Molinari; 2010 [cité 24 mars 2014]. Disponible sur: http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note0610_fr.pdf
35. Rovere M, Bacchus B. Une voie possible pour la réforme de la santé : le modèle néerlandais. perspective; 2012.
36. Inconnu. Pays-Bas : la loterie des futurs médecins [Internet]. KPMG; 2011 [cité 19 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/decryptages/pages/pays-bas-loterie-futurs-medecins.aspx>
37. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec [Internet]. IRDES; 2005. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>
38. Lequet-Slama. La régulation des producteurs de soins dans les pays développés: nouvelles approches [Internet]. drees; [cité 3 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2010/11/043.pdf>
39. Desrosiers G. « Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51 e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998 ». erudit. Revue d'histoire de l'Amérique française,. 2000;3- 18. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/005395ar>
40. Bussiere G. Les coopératives de santé dans le monde canada [Internet]. Carole Hébert, IRECUS; 2007 [cité 3 nov 2014]. Disponible sur: http://www.usherbrooke.ca/irecus/centre_documentation/coop_sante_fr.html
41. Touati N, Turgeon J. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS DE FAMILLE?: QUELLES SOLUTIONS À UN PROBLÈME COMPLEXE? [Internet]. cairn; 2013 [cité 10 août 2015]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-465.htm>
42. Anonyme. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2014 : notes méthodologiques [Internet]. ICIS; 2015 [cité 17 déc 2015]. Disponible sur: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2964>
43. Anonyme. Les effectifs médicaux au Canada ÉVALUATION DES DONNÉES SUR LES EFFECTIFS MÉDICAUX ET ANALYSE DES TENDANCES Rapport final [Internet]. Centre syndical et patronal du Canada; 2005 [cité 26 mai 2014]. Disponible sur: http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/JLD_REPORT_Fr.pdf?sfvrsn=0
44. Contandriopulos A-P, Fournier M-A. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec [Internet]. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 2007 [cité 20 août 2015]. Disponible sur: http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf

45. Leroux E. Etudes de médecine au Canada (Montréal) [Internet]. remede; 2007 [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/etudes-de-medecine-au-canada.html>
46. Fournier M-A, Contandriopoulos A-P, Diene CP. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec [Internet]. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 2004. Disponible sur: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R04-08.pdf>
47. Sutherland J, Repin N, Trafford Crump R. Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada [Internet]. fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2012 [cité 6 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-F.sflb.ashx>
48. Sabourin G. Redoutez-vous la retraite docteur? santé.inc [Internet]. janv 2014 [cité 27 nov 2015]; Disponible sur: <http://santeinc.com/2014/01/redoutez-vous-la-retraite-docteur/>
49. Anonyme. Les enjeux de la fusion des agences sanitaires. mc2i [Internet]. 13 mai 2015 [cité 29 déc 2015]; Disponible sur: <http://www.mc2i.fr/Les-enjeux-de-la-fusion-des-agences-sanitaires>
50. Binder-Foucard F, Velten M. Economie de la Santé [Internet]. 2007 [cité 24 mars 2014]. Disponible sur: http://www.polyvalentsss.sitew.com/fs/Root/8ev4l-ECONOMIE_SANTE_ORGA_FINANC_MAITRISE_009.pdf
51. Saint-Paul G. réflexions sur l'organisation du système de santé [Internet]. la documentation française; 2012 [cité 16 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000014.pdf>
52. Inconnu. Organisation du système de santé La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé [Internet]. CISS; 2013 [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/sites/default/files/39-ARS%20HPST-fiche-CISS.pdf>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : questionnaire en français

Questionnaire international sur la démographie médicale, le rôle des médecins généralistes et les modalités organisationnelles des systèmes de santé de 5 pays

Bonjour et merci de consacrer quelques minutes afin de répondre à ce questionnaire.

Je suis Noémie Mérat, médecin généraliste doctorante remplaçante en France.

Dr Eric Drahi m'a conseillé de vous contacter et je l'en remercie.

Je travaille actuellement sur ma thèse qui porte sur les modalités organisationnelles des systèmes de santé de différents pays (Angleterre, Allemagne, Canada, France et Pays-Bas) ainsi que sur les rôles des médecins généralistes et la démographie médicale de ces mêmes pays.

Je me permets de vous envoyer ce questionnaire afin d'enrichir et de préciser les résultats de mes recherches.

Le questionnaire comporte 24 questions et se découpe en 3 parties.

La première partie contient une série de questions courtes qui portent sur les caractéristiques de la médecine générale de votre pays.

La deuxième partie porte sur les mécanismes de la régulation de la démographie des médecins généralistes dans votre pays.

La dernière partie porte sur l'organisation de votre système de santé.

Enfin une question subsidiaire vous attend et porte sur le ressenti des médecins généralistes dans votre pays...

Encore merci de l'attention que vous accorderez à ce questionnaire.

***Obligatoire**

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter brièvement? *

votre nom, votre adresse mail, vos coordonnées, votre pays et vos fonctions actuelles dans l'organisation de la médecine générale. Merci

A - CARACTERISTIQUES DE LA MEDECINE GENERALE DANS VOTRE PAYS

1/Aujourd'hui dans votre pays, quelle est la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants? *

2/ Depuis ces 10 dernières années, globalement, dans votre pays, le nombre de médecins généralistes *

Une seule réponse possible.

- augmente
- diminue
- reste stable

3/ Dans votre pays, existe-t-il des zones où la faible démographie médicale pose un problème d'accès aux soins ? *

Si oui, quel pourcentage de population est-il concerné? où se situent ces zones (en ville, en campagne, les 2?)

4/ Quel est l'âge moyen des médecins généralistes dans votre pays? *

Connaissez-vous également la médiane de l'âge des médecins généralistes dans votre pays ?

5/ Quel le pourcentage de femmes médecins généralistes dans votre pays? *

6/ En moyenne, dans votre pays, combien d'heures par semaine travaille un médecin généraliste? *

7/ Existe-t-il une liste ou une nomenclature exhaustive des actes réalisés par les médecins généralistes dans votre pays?

Si oui, pourriez-vous nous la fournir?

8/ En moyenne, dans votre pays, combien gagne un médecin généraliste par an?

9/ Quels sont les modes de rémunération des médecins généralistes dans votre pays? *

Si autre, pouvez-vous nous les décrire brièvement et mettre si possible cette information juste après "autre"

Une seule réponse possible.

- paiement à l'acte
- paiement à la capitation
- salariat
- Autre :

B- MECANISMES DE REGULATION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

10/ Les modes de rémunération sont-ils différents selon les zones d'exercice des médecins généralistes? *

Modes de rémunérations différents selon les régions administratives? en zones sous-médicalisées?...

11/ Existe-t-il dans votre pays des incitations à choisir des études de médecine? *
Si oui, lesquelles? Information au lycée, stages en hôpital, incitations financières...

12/ Quels sont les mécanismes de régulation à l'entrée des études de médecine? *
Une seule réponse possible.

- numerus clausus
- tirage au sort
- concours
- dossier
- pas de limitation d'entrée en faculté
- Autre :

13/ Durant les études de médecine, comment les étudiants accèdent-ils au cursus de médecine générale ? *

Concours, stages obligatoires, dossier, tirage au sort?...Pouvez-vous décrire brièvement l'organisation des études de médecine dans votre pays

14/ Quel est le pourcentage d'étudiants à intégrer le cursus de médecine générale chaque année? *

15/ Quels sont les mécanismes de régulation à l'installation? *
Une seule réponse possible.

- numerus clausus à l'installation
- numerus clausus au conventionnement
- obligation de s'installer en zone sous-médicalisée
- interdiction de s'installer en zone sur médicalisée
- pas de limitation à l'installation
- Autre :

16/ Existe-t-il des méthodes incitatives à l'installation en zone sous médicalisée? *
Si oui, lesquelles? primes à l'installation, exonération d'impôts, majoration de la rémunération, aide au logement, aide à la formation, aide au remplacement...

17/ Existe-t-il des méthodes désincitatives à l'installation en zone sur médicalisée *
Si oui, lesquelles? Par exemple : diminution de la rémunération, taxes...

18/ Dans votre pays, au moment de la retraite des médecins généralistes *
Une seule réponse possible.

- il existe des primes pour maintenir son activité
- il existe des primes pour partir plus tôt à la retraite
- il n'existe aucune régulation ni incitation au moment de la retraite

C - ORGANISATION DE VOTRE SYSTEME DE SANTE

19/ Quelle place est accordée aux soins primaires dans le système de santé de votre pays *
centrale, prépondérante, peu importante, inexistante...

20/ Le système de santé actuel de votre pays incite-t-il les médecins généralistes à exercer en regroupement (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire...)? *
Si oui, par quels mécanismes

21/ Quels sont les organismes professionnels associés à l'organisation du système de santé dans votre pays? *
collèges, syndicats...

22/ Comment y sont-ils associés?

Par exemple : Structure paritaire, rôle consultatif...

23/ Disposez-vous d'un document de synthèse sur l'organisation du système de santé dans votre pays afin d'enrichir la réflexion de notre thèse? Un document de synthèse sur la régulation de la démographie médicale dans votre pays?

Si oui, pourriez-vous nous les fournir?

24/ Les médecins généralistes de votre pays sont-ils heureux ? Ont-ils le sentiment d'être acteurs du système de santé ou plutôt de subir les décisions prises par le gouvernement ?

N'hésitez pas à ajouter tout commentaire qui vous paraîtrait utile.

Je tiens à vous remercier pour vos réponses

7.2 Annexe 2 : questionnaire en anglais

International questionnaire on medical demography, the role of general practitioners and the organization arrangements of health systems 5 countries

Good morning and thank you for taking few minutes to answer this questionnaire.

My name is Noémie Mérat. I am GP replacement, doctoral student in France. I want to thank you M. JACQUET Jean Pierre who gave me your email addresses.

I am working on my thesis which focuses on organizational arrangements in different countries' health systems (England, Germany, Canada, France and the Netherlands) and General Practitioner's roles and medical demography in these countries.

Let me send you this questionnaire to enrich and clarify the results of my research.

The questionnaire contains 24 questions which is divided into 3 parts.

The first part contains short questions on the characteristics of general practice in your country.

The second part focuses on the mechanisms which regulate GPs' demography in your country.

The last part deals with the organization of your health system.

Finally a subsidiary question is about feelings and concerns of general practitioners in your country ...

Once more, thank you for taking the time to complete this questionnaire.

***Obligatoire**

First, could you introduce yourself briefly? *

your name, email address, contact details, your country and your current role in the organization of general medicine. Thank you

A- GENERAL CHARACTERISTICS OF THE MEDICINE IN YOUR COUNTRY

1 / Nowadays, in your country, what is the density of general practitioners per 100 000 inhabitants? *

2 / For the last decade, in your country, the number of general practitioners *
Une seule réponse possible.

- increases
- decreases
- remains stable

3 / In your country, is there areas where low medical demography poses access issue for care ? *

If so, what percentage of the population is concerned ? and where those areas are located (city, countryside, both) ?

4 / What is the average age of general practitioners in your country ? *
Do you also know the median age of general practitioners in your country ?

5 / What is the percentage of women GPs in your country ? *

6 / On average, in your country, how many hours per week is working a GP ? *

7 / Is there a list or an exhaustive classification of procedures performed by general practitioners in your country?

If so, could you provide us with it ?

8 / On average, in your country, how much General Practitioner is earning per year?

9 / How General Practitioner gets its remuneration ? *

If not in the list bellow, could you put this information in the "other" part and describe it briefly ?

Plusieurs réponses possibles.

- Fee-for-service
- Capitation
- salary
- other

B- MECHANISMS OF REGULATION OF MEDICAL DEMOGRAPHICS

10 / Are types of remuneration different according to areas where the GP is working ? *

Different types of remuneration according to county ? in areas with low medical demography ? ...

11 / Is there, in your country, incentives to choose medical study ? *

If so, which one (Information in high school, hospital internships, financial incentives ...) ?

12 / What are the regulatory mechanisms when entry to medical university ? *

If not in the list bellow, could you put this information in the "other" part and describe it briefly ?

- numerus clausus
- lottery system
- Competitive exam
- Grade from High School
- no entry limit at university
- other

13 / During medical study, how students can access to GP curriculum? *

Examinations, compulsory internships, grade, lottery ? ... Can you briefly describe the organization of medical studies in your country ?

14 / What is the percentage of students integrating the GP curriculum each year ? *

15 / What are the regulatory mechanisms when settling in ? *

If not in the list below, could you put this information in the "other" part and describe it briefly ?

- numerus clausus when settling in
- numerus clausus when agreement
- Mandatory settling in under medicalized area
- ban from settling in areas where there is enough GP
- no limitation
- other

16 / Are there incentives mechanisms for settling in low medicalized area ? *

If so, which one (settling in bonus, tax exemption, raise in remuneration, housing assistance, training support, assistance for replacement ...) ?

17 / Are there any disincentives mechanisms for settling in areas where there is enough GP ? *

If so, which one (remuneration cut, taxes ...) ?

18 / In your country, when GPs is close to retirement, *

Une seule réponse possible.

- there are bonuses to maintain their activity
- there are bonuses to leave early for retirement
- there is no regulation or incentive retirement

C - ORGANISATION OF YOUR HEALTH SYSTEM

19 / What place is given to primary care in your country's health system *

central, dominant, insignificant, nonexistent ...

20 / Does your current country's health system promote GPs to practice grouping (group practice, multidisciplinary medical office ...) ? *

If so, what mechanisms ?

21 / What are the professional bodies involved in the organization of the health system in your country ? *

colleges, unions ...

22 / How is it related?

For example: Joint committee, advisory ...

23 / Is there a document which synthetizes the organisation of your country's health system to enrich our reflection of our thesis ? Is there a discussion paper dealing with the regulation of medical demography in your country ?

If so, could you provide us with it ?

24 / Are GPs in your country satisfied ? Do they feel involved in the health system, or in the contrary, do they suffer decisions taken by the government ?

Feel free to add any comments that are deemed desirable.

Thank you for your answers

Avis favorable de la Commission des thèses
Du Département de Médecine Générale
En date du « 01 Février 2016 »

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS

RESUME

Les modalités organisationnelles mises en place par les systèmes de santé en Allemagne, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et au Québec concernant les rôles des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire .

En France, le sentiment de pénurie de médecins généralistes est de plus en plus important chez les usagers de la santé. Il s'y ajoute une répartition inhomogène des médecins sur l'ensemble du territoire métropolitain français. Le but de ma recherche était de savoir si d'autres pays rencontraient cette même situation et par quels mécanismes ils tentaient d'y remédier.

Cette thèse est une revue de la littérature. Elle est uniquement descriptive. Elle décrit les différents mécanismes mis en place par les pays concernant les rôles des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire mais n'évalue pas leur efficacité.

Bien que les systèmes de santé des pays étudiés aient en commun une base bismarckienne ou beveridgienne, leur organisation actuelle dans chaque pays est unique et complexe : elle est le fruit de réformes successives propres à chaque pays. Ces organisations ne peuvent donc pas être comparées entre elles.

La place centrale accordée depuis de nombreuses années aux soins primaires en Angleterre et aux Pays-Bas est essentielle à une répartition homogène des médecins généralistes sur leur territoire. Cette place centrale se traduit notamment par le rôle de gatekeeper qu'occupent les médecins généralistes.

Dans les pays désirant réguler le nombre total de médecins, un mécanisme de *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine est instauré.

Tous les pays étudiés rencontrant des difficultés concernant la démographie médicale et la répartition des médecins généralistes sur leur territoire instaurent le même type de régulations. Ces mécanismes sont utilisés durant les études médicales, lors de l'installation du médecin et au moment de la retraite.

Les mécanismes incitatifs sont majoritairement des avantages financiers à s'installer en zone déficitaire en médecins généralistes et à poursuivre son activité au lieu de prendre sa retraite.

Les mécanismes désincitatifs interdisent l'installation des médecins généralistes dans les zones estimées suffisamment pourvues.

Malgré le peu de modalités de régulation mis en place, le seul pays de notre étude à ne pas rencontrer de problèmes concernant à la démographie médicale et à la répartition des médecins généralistes sur le territoire est les Pays-Bas.

MERAT Noémie
158 pages 1 tableau

Résumé :

En France, le sentiment de pénurie de médecins généralistes est de plus en plus important chez les usagers de la santé. Il s'y ajoute une répartition inhomogène des médecins sur l'ensemble du territoire métropolitain français. Le but de ma recherche était de savoir si d'autres pays rencontraient cette même situation et par quels mécanismes ils tentaient d'y remédier.

Cette thèse est une revue de la littérature. Elle est uniquement descriptive. Elle décrit les différents mécanismes mis en place par les pays concernant les rôles des médecins généralistes, leur répartition et la démographie sur leur territoire, mais n'évalue pas leur efficacité.

Bien que les systèmes de santé des pays étudiés aient en commun une base bismarckienne ou beveridgienne, leur organisation actuelle dans chaque pays est unique et complexe : elle est le fruit de réformes successives propres à chaque pays. Ces organisations ne peuvent donc pas être comparées entre elles.

La place centrale accordée depuis de nombreuses années aux soins primaires en Angleterre et aux Pays-Bas est associée à une répartition homogène des médecins généralistes sur leur territoire. Cette place centrale se traduit notamment par le rôle de gatekeeper qu'occupent les médecins généralistes.

Dans les pays désirant réguler le nombre total de médecins, un mécanisme de numerus clausus à l'entrée des études de médecine est instauré.

Tous les pays étudiés rencontrant des difficultés concernant la démographie médicale et la répartition des médecins généralistes sur leur territoire instaurent le même type de régulations. Ces mécanismes sont utilisés durant les études médicales, lors de l'installation du médecin et au moment de la retraite.

Les mécanismes incitatifs sont majoritairement des avantages financiers à s'installer en zone déficitaire en médecins généralistes et à poursuivre son activité au lieu de prendre sa retraite. Les mécanismes désincitatifs interdisent l'installation des médecins généralistes dans les zones estimées suffisamment pourvues.

Malgré le peu de modalités de régulation mis en place, le seul pays de notre étude à ne pas rencontrer de problèmes concernant à la démographie médicale et à la répartition des médecins généralistes sur son territoire est les Pays-Bas.

Mots clés : Système de santé, démographie médicale, répartition territoriale, pénurie médecins généralistes, numerus clausus, gatekeeper.

Jury : Président du jury : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean ROBERT

Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER

Monsieur le Professeur François MAILLOT

Monsieur le Docteur Éric Drahi

Date de la soutenance : 17 mars 2016