

Financement et gouvernance des soins primaires : accompagner une transition durable vers des équipes interprofessionnelles – revue exploratoire

Nadia Danon, Nicolas Senn, Charlotte Blot, Nguyen Toan Tran, Christine Cohidon,
Département de Médecine de Famille, Unisanté, Lausanne

INTRODUCTION
Contexte: Dans la plupart des pays à haut revenu, les soins primaires ont évolué ou évoluent du modèle médico-centré vers des équipes interprofessionnelles, souvent dans le cadre de maisons médicales.
Objectif de la revue: explorer comment le mode de financement et la gouvernance soutiennent cette transformation.

MÉTHODE
La recherche de littérature a été réalisée dans la base de données Medline Ovid, entre 2005 et 2023. Les critères d’inclusion comprenaient les études, revues de littérature et descriptions de réformes en anglais ou en français. La sélection des documents s’est déroulée en deux étapes : lecture des résumés (n = 1586), puis des textes intégraux (n = 358), effectuée par deux évaluateurs indépendants (n final =90 documents). Les critères d’inclusion portaient sur l’ancienneté des réformes, la continuité de leur mise en œuvre, ainsi que la comparabilité du contexte avec la Suisse.

RÉSULTATS – SYNTHÈSE DES RÉFORMES (VOIR TABLE CI-DESSOUS):
Les réformes ont été initiées dès les années 2000 et sont, pour la plupart, encore en cours de mise en œuvre. Les approches varient fortement d’un pays à l’autre, reflétant une grande hétérogénéité dans les stratégies adoptées. Une transition partielle du paiement à l’acte vers des modèles alternatifs est observée, notamment ceux fondés sur la performance ou la population desservie.

DISCUSSION – ENJEUX ET LIMITES DES RÉFORMES
La traduction des objectifs de politique de santé en modèles de soins locaux s’avère complexe. Elle nécessite des ajustements contextuels, l’adoption de nouveaux rôles professionnels et une capacité d’adaptation des acteurs de terrain. Pour soutenir ces transformations, il est essentiel de disposer d’une diversité de mécanismes de financement, d’une certaine flexibilité dans leur application, ainsi que d’un engagement actif de l’État, combinant des approches descendantes (top-down) et ascendantes (bottom-up). La dominance médicale et le maintien du paiement à l’acte freinent le développement du travail interprofessionnel, en limitant les incitations à la collaboration. Le succès des réformes ne repose pas uniquement sur des incitatifs financiers mais aussi sur la mise en place d’un leadership partagé et d’une infrastructure commune, notamment en matière de systèmes d’information comme les dossiers électroniques. Parmi les limites de cette revue, peu de réformes ont été évaluées de manière systématique ou selon un cadre conceptuel harmonisé, ce qui rend aussi les comparaisons internationales difficiles.

CONCLUSIONS – ENSEIGNEMENTS CLÉS
Il est essentiel de trouver un équilibre entre l’adhésion des médecins et leur responsabilité. Des modèles de financement variés et incitatifs sont nécessaires, mais la dominance médicale et le paiement à l’acte freinent encore le développement du travail interprofessionnel. Pour l’avenir, les priorités incluent: un financement plus flexible, des cadres d’évaluation robustes, et une recherche renforcée sur les modèles de gouvernance efficaces au niveau des cabinets.

RÉSULTATS: TABLE. RÉSUMÉ DE CINQ MODÈLES DE SOINS PRIMAIRES

Pays / Modèle * / Couverture population	Implication de l’Etat	Source de financement des soins primaires	Modèles de paiement	Effet sur revenu des médecins de famille Proportion MFs affiliés au modèle	Composition initiale équipes **	Développement dossiers médicaux électroniques	Gouvernance / Fonctionnement envisagé au sein des cabinets /maisons médicales
USA: Patient-Centered Medical Homes (2007) < 25% population	Oui: soutien à la transformation Place importante des assureurs	Assureurs privés + Medicare + Medicaid	Mixte: performance, capitation, à l’acte, bonus	Impact pas clair 18% des MF en 2013	Pluri-professionnelles: MFs, infirmiers, assistants médicaux, managers, professionnels social et santé mentale, pharmaciens, ...	Avancé	MF Volonté leadership partagé
Canada: Ontario: Family Health Teams, équipes de santé familiales (2005) Environ 25 % population	Oui: contrats MF	Public (couverture universelle), incluant financement dossiers médicaux électroniques	Mixte: capitation (60%) + salaire + bonus + à l’acte	Augmenté 40% 17.4% des MF	Pluri-professionnelles: MFs, infirmiers, diététitiens, travailleurs sociaux, pharmaciens, ...	Avancé Registres patients	MF
Canada: Québec: Groupes de Médecine de Famille (2004) 65-75 % population générale	Oui: accréditation tous les 3 ans	Public Ministère santé paie coûts d’exploitation	A l’acte surtout + bonus pour activités spécifiques	Impact variable	MF – infirmier uniquement Aujourd’hui: travailleur social	Retardé Registres patients	MFs, qui partagent la responsabilité pour tous les patients inscrits
France: Maisons de Santé Pluri-professionnelles (2009) Environ 20 %	Oui: contrats collectifs (ACI)	Caisse nationale d’assurance maladie + agences régionales de santé (ARS) Municipalités	Mixte: performance, capitation, à l’acte	Augmenté 17% des MF	Pluri-professionnelles	Avancé (favorise parfois certains groupes professionnels)	Collégial variable
Pays-Bas: groupes régionaux de soins collaboratifs (2006) 69 % population couverte par service de garde	Oui: Assurance-maladie obligatoire régulation accréditation	Assureurs privés (obligés d’accepter toute personne)	Mixte: capitation, à l’acte	Augmenté 10-15% Majorité cabinets: propriété des MF	Pluri-professionnelles	Avancé Dossiers médicaux partagés Accessibles 24/7	MF

*Année de la réforme: définie par adoption d’une Loi ou création de maisons médicales
** Par souci de lisibilité, le masculin est utilisé comme forme générique pour désigner les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS:
ACI: Accord Conventionnel Inter-Professionnel; ARS: Agence Régionale de Santé; FHTs: Family Health Teams; GMFs: Groupes de Médecine de Famille; MF: Médecin de Famille; PCMH: Patient-Centered Medical Home.