

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La médecine générale au Japon : Revue de la littérature et étude
comparative avec la France**

Présentée et soutenue publiquement le 27 mai 2021 à 18h
Au Pôle Formation
Par Sofian BOUKRIM

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Éric HACHULLA*

Assesseurs :

Monsieur le Docteur *Jan BARAN*

Monsieur le Docteur *Luc DAUCHET*

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur *Christophe BERKHOUT*

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Table des matières	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
1. <i>Contexte</i>	5
2. <i>Formation des médecins au Japon</i>	7
3. <i>Système de Santé Japonais</i>	8
a. <i>Populations, démographie et politique</i>	8
b. <i>Accès libre et couverture maladie universelle</i>	9
c. <i>Les dépenses de santé nationale</i>	10
d. <i>Structures de la santé au Japon</i>	11
e. <i>Objectifs de l'étude</i>	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES	12
1. <i>Type d'études</i>	12
2. <i>Stratégie de recherche</i>	12
3. <i>Sélection des études</i>	13
4. <i>Choix des lieux d'enquêtes</i>	14
5. <i>Conception de l'enquête</i>	14
6. <i>Référence et Illustrations</i>	14
RÉSULTATS	15
1. <i>Sélection des articles</i>	15
2. <i>Réalisation des entretiens</i>	17
3. <i>Description et scores des études</i>	18
4. <i>Synthèse des résultats</i>	21
DISCUSSION	27
1. <i>Réponses aux objectifs</i>	27
2. <i>Modèles des systèmes de santé</i>	27
3. <i>L'accès aux soins premiers</i>	29
4. <i>Mode d'exercice, Coordination, comparaison du financement par le patient et la rémunération des médecins</i> 32	
5. <i>Déroulement d'une consultation</i>	35
6. <i>Suivi de l'enfant</i>	36
7. <i>Suivi de la femme</i>	37
8. <i>Suivi en psychiatrie</i>	37
9. <i>Avenir du soin premier</i>	38

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	40
CONCLUSIONS.....	40
LISTE DES FIGURES	46
LISTE DES TABLEAUX.....	47
ANNEXES	48

LISTE DES ABREVIATIONS

CAT: Common Achievement Test
CBME: Community Based Medical Education
CBT: Computed Based Testing
CESP : Contrat d'Engagement au Service Public
CMP : Centre Médico Psychologique
COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
DPC : Diagnosis Per Combination
FCV : Frottis Cervico Vaginale
FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant
GP: General Practitioner
HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
JPCA: Japan Primary Care Association
JPCAT: Japan Primary Care Assessment Tool
MHLW: Ministry of Health, Labour and Welfare
NHI: National Health Insurance
NHS: National Health Service
OCDE : l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OSCE: Objective Structured Clinical Examination
PIB: Produit Intérieur Brut
PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
STROBE: Strenghtening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

1. Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini les soins primaires comme étant un concept visant à garantir l'accès, à tous, aux soins de base : « Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail ». Quant à l'Organisation Mondiale des Médecins généralistes ou *WONCA*, elle a défini la médecine générale comme étant : « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ».

Après la Seconde Guerre Mondiale, le Japon s'est très rapidement modernisé dans le domaine médical. Au départ la pratique médicale était principalement influencée par le modèle traditionnel chinois. Puis, au fil des évolutions, elle a pris pour référentiel la médecine occidentale, à savoir, la médecine germanique et américaine [1]. Aujourd'hui, le Japon est connu pour avoir un des meilleurs systèmes de santé au monde, en raison de sa meilleure espérance de vie, de bons indicateurs de santé et de sa couverture maladie universelle [2]. C'est le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales qui permet de définir la politique et d'administrer le système de santé Japonais [3].

La médecine générale en tant que spécialité est très récente au Japon [4]. Sur environ 300 000 médecins il n'y a que 672 médecins de famille certifiés, soit 0,2 % des médecins au total [5]. La population n'est pas familière au terme de « *GP* » pour « *General Practitioner* », « *Family Physician* » ou encore « *House Doctor* ». Au Japon, on parle de « *Sogo-Shinryo* », « *Katei-Iryo* », « *Kakaritsuke-I* » [4]. Dans ce pays les définitions sont multiples [6]. La raison est qu'il n'y a pas de contrôle d'accès (*gatekeeping*) des soins par le médecin [7]. Sur le plan éducatif, les étudiants connaissent peu la médecine générale. Les spécialistes d'organes pratiquent le soin de premier recours par formation post doctorale sans organisation réelle, à l'hôpital ou en clinique privée. Bien qu'il existe de

nombreux départements de médecine interne dans les universités japonaises, il y a très peu d'étudiants en médecine qui décident de se spécialiser en soins premiers [8].

Cependant, la tendance d'aujourd'hui est plus axée sur la réforme de ce système de santé avec notamment le « *Japan : Health Care 35* » qui est le programme le plus récent ayant pour objectif de diminuer les dépenses de santé excessive et tendre vers des conséquences de santé publique positives [9]. L'article de *Otaki* en 1998 était visionnaire et évoquait déjà une « pénurie de prestataires de soins primaires » à court terme [10]. Ainsi, en 2015 cette réforme a été proposée en raison du vieillissement rapide de la population, du taux de fécondité relativement bas et un risque d'instabilité économique futur. Elle avait pour objectif d'amoinrir le coût des soins des maladies chroniques évolutives.

Le défi du développement de cette nouvelle spécialité avait déjà été abordé dans les années 1980 à 2000. Face aux tensions économiques et politiques en santé, le gouvernement se posait la question de la viabilité du système en place. L'émergence de cette spécialité est en partie due à l'Association Japonaise des Soins Premiers (*JPCA ou Japan Primary Care Association*) créé en 2010. Cette association avait pour but de développer à l'échelle nationale et auprès de la communauté médicale les soins premiers et la médecine générale [8].

L'OMS souhaite recentrer les systèmes de santé sur les soins primaires. Il y a déjà eu des études comparant le système de soins primaires japonais avec celui de pays tels que les États-Unis, la Suède [[11] ; [12]]. L'intérêt du sujet tient au fait que les mêmes défis de santé publique se posent dans la quasi-totalité des pays développés. Même si chaque état a sa propre politique de santé, il est intéressant de comparer nos systèmes pour ajuster la réponse à la demande de soins [13]. Aujourd'hui, le Japon évoque l'utilité de ce système de soin premier pour une « réforme de santé » prometteuse. Le Dr Hutt Patrick disait dans son article publié en 2008 : « Malgré une passion nationale pour la musique classique, il n'y a pas un chef d'orchestre pour l'orchestre du patient. » [14].

2. *Formation des médecins au Japon*

Au Japon, on dénombre environ 80 facultés de médecine, dont 30 privées. Après le lycée, le programme du premier cycle des études médicales se déroule en six ans et a pour but de former les étudiants à la licence médicale. L'année scolaire se compose de 2 semestres qui débutent en avril et se terminent en mars de l'année suivante. Chaque année coûte environ 2500 € et tout le programme est en langue japonaise [15]. Les trois premières années du premier cycle sont dédiées aux bases fondamentales en science, à l'introduction de la physiologie, de l'histologie, de l'anatomie et la sémiologie. En quatrième année, les principaux cours sont la séméiologie et la pratique clinique. Les stages cliniques débutent également en 4^e année et tous les étudiants participent à des études en laboratoire et sur le terrain avec un projet de recherche personnel. L'évaluation de fin de 4^e année étudiants se fait par le *Common Achievement Test (CAT)* qui est composé de deux parties : le *Computer Based Testing (CBT)* et l'*Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*.

Le CBT est décidé par les écoles à leur convenance. Cet examen est accessible directement par ordinateur, dure six heures et est composé de 300 items choisis de manière aléatoire par la faculté. Ces items ont été retenus par l'ensemble des facultés de médecine à l'échelle nationale. Ils comprennent les thèmes suivants : la physiopathologie, la thérapeutique, la médecine clinique, la santé publique, la médecine biomédicale et les bases fondamentales de la médecine.

L'OSCE consiste à évaluer les compétences cliniques dans six domaines de l'examen clinique en trente minutes : l'anamnèse, l'examen neurologique, l'examen de la tête et du cou, l'examen abdominal, l'appareil cardio-respiratoire et vasculaire, les interventions chirurgicales mineures de base et les actes de réanimation d'urgence. Le jury comporte deux évaluateurs : une personne de l'extérieur et une personne de l'intérieur de l'établissement [15].

Les deux dernières années sont composées de stages cliniques. À la fin de la dernière année universitaire, il y a ainsi un examen conçu par chaque faculté de médecine qui est rédaction académique. Celle-ci peut comprendre un OSCE avancé (différent de celui du CAT), équivalent du Certificat de Compétence Clinique en français. L'étudiant retenu reçoit son diplôme de médecine lors d'une cérémonie à la fin de l'année universitaire et

est nommé Medical Doctor (MD).

Après ce premier cycle, l'étudiant entre en résidanat « *postgraduate* » pour deux ans avec pour objectif d'acquérir une formation solide et efficace en soins premiers, quel que soit le futur choix de spécialité du médecin. Après ce résidanat, l'étudiant peut prolonger son cursus par un cours de formation clinique avancée « *Advanced Postgraduate Clinical Training Programs for Medical Specialists* » pendant 4 à 6 ans dans le domaine de spécialité qu'il souhaite. Au terme de cette formation un examen approuvé par les sociétés académiques, octroie le certificat de spécialité décerné par la *Japanese Medical Specialty Board* [4].

Concernant la spécialité de médecine générale, cela dépend de la faculté de médecine. Certaines écoles ont un département de médecine générale dont le corps professoral dispense des cours magistraux, des conférences et de la pratique clinique. D'autres écoles de médecine n'ont pas de département et n'offrent aucune possibilité d'apprentissage de la médecine de famille. À ce jour, c'est la *Japan Primary Care Association* qui délivre les certificats pour exercer la médecine générale [8].

3. *Système de Santé Japonais*

a. Populations, démographie et politique.

Le Japon compte 418 îles habitées et 67% du pays est couvert par les forêts. Sur un territoire de 380 000 km², la population totale du Japon s'élevait à 126 706 000 habitants en 2017. La densité de la population moyenne est de 340,8 habitants par km². La moitié de la population se concentre sur 3% du territoire. La population masculine s'élevait à 61 655 000 personnes et la population féminine à 65 051 000 personnes. Le pays est divisé en 47 préfectures et 26 administrations municipales majeures parmi les 1746 communes existante [[16] ;[17]]. Les cinq préfectures les plus peuplées étaient Tokyo (qui avait la plus grande population en 2017 soit 10,7 % de la population totale), Kanagawa, Osaka, Aichi et Saitama. Elles représentent 36,7 % de la population totale [16].

En 2017, la population était en diminution de 0,18 % par rapport à l'année précédente. Cette population ne cesse de diminuer depuis sept années consécutives en raison d'un taux de fécondité de 1,44 en 2016. En conséquence, l'estimation de la population pour 2050 serait de 95 millions d'habitants. La population du Japon vieillit rapidement. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 27,3 % de la population et devraient atteindre 33,1 % en 2035.

b. Accès libre et couverture maladie universelle

Comme en France, le système de santé japonais est inspiré du système Bismarckien. Il met en avant une protection obligatoire reposant sur une participation financière de la population (employés, employeurs) sous forme de cotisations sociales. Ces dernières ne sont pas proportionnelles aux risques mais aux salaires. Chaque patient vu en consultation ou hospitalisé est obligatoirement assuré et possède sa propre carte d'assurance maladie. Le système de soins Japonais adopte deux principales caractéristiques : il permet un accès généralisé aux soins dont les coûts sont couverts par l'assurance maladie universelle « *Universal Health Coverage* » créé en 1961. Tous les citoyens Japonais ont pour obligation de souscrire à cette assurance maladie [8].

L'assurance maladie obligatoire couvre 98,3 % de la population à ce jour. Les 1,7% restants étant à la charge du programme social d'assistance public pour les personnes en difficulté.

L'assurance maladie a deux caractéristiques :

La première est une assurance fournie à titre privatif par les employeurs des entreprises qui couvre les travailleurs salariés et leurs personnes à charge (elle couvre 59 % de la population). La deuxième est une assurance maladie nationale « *NHI : National Health Insurance* » ou en japonais « *Kokumin Kenko Hoken* » qui couvre les sans-emploi et les travailleurs indépendants gérée par les administrations municipales (elle couvre 27 % de la population) [18]. Tout ce système est basé principalement sur le financement public abondé par l'impôt et distribué par les subventions de l'État.

Les actes médicaux, fournis par les médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, sages-femmes et tous les autres professionnels de santé, sont payés en fonction d'une grille tarifaire nationale décidée par le gouvernement. Elle inclut le taux de participation aux frais des patients et le taux de remboursement aux prestataires de santé pour les actes médicaux fournis. Chaque consultation ou hospitalisation est suivie d'un « *co-payment* », une participation du patient. Celui-ci varie en fonction de l'âge et des revenus du patient. Les patients de plus de 75 ans avancent 10 % des frais, ceux entre 70 et 74 ans 20 %, entre 3 ans et 69 ans 30 %, et de la naissance à 3 ans 20 %. Les patients (assurés) contribuent aux cotisations pour le système d'assurance maladie et c'est celle-ci qui remboursera les hôpitaux et cliniques pour les actes médicaux dispensés. Ainsi les subventions publiques sur la base du système d'assurance sociale sont la clé du maintien de la couverture maladie universelle et ce système permet un accès à des soins efficaces, de haute qualité et à faible coût. [19].

La deuxième caractéristique est l'accès libre : le patient est entièrement libre de choisir l'hôpital, le cabinet ou la clinique où il veut se faire soigner quelle que soit la gravité de sa maladie ou son statut d'assurance. Cette liberté va jusqu'à l'accès aux soins secondaires ou tertiaires (mais dans certains établissements les patients doivent s'acquitter de frais supplémentaires) [8].

c. Les dépenses de santé nationale

Sur le plan économique, le Japon est classé au 3ème rang des puissances mondiales. En 2019, son produit intérieur brut était de 5,2 milliards de dollars américains. En 2018 les dépenses de santé nationale représentaient 10,9 % du PIB ce qui est relativement faible par rapport aux pays comparable (11,2% en France). En 2015 il était inférieur à 10% [20]. On estime la dépense par habitant à 330 000 ¥ (environ 2300 €) et cette hausse des dépenses de santé est justifiée principalement par la réforme actuelle liée au vieillissement de la population. En effet, 60 % des dépenses médicales sont attribuées aux plus de 65 ans. De plus les personnes âgées en phase terminale représentent 13,3 % de la population et ce chiffre devrait atteindre 25 % d'ici 2025.

d. Structures de la santé au Japon

Les gouvernements nationaux et locaux garantissent un système de qualité. C'est le gouvernement national qui fixe la grille tarifaire des actes de soins et le budget dédié à la santé. Celui-ci accorde également des subventions aux gouvernements locaux (préfectures et municipalités), assureurs et prestataires. Le rôle d'une préfecture est de mettre en œuvre les règles fixées par le gouvernement national et de développer des réseaux de soins au niveau régional, en dépendant de leur propre budget et fonds alloués par l'État. Le rôle de la municipalité est d'organiser la promotion de la santé pour leurs habitants et aider les préfectures en collectant les cotisations et en enregistrant chaque bénéficiaire. (Figure 1)

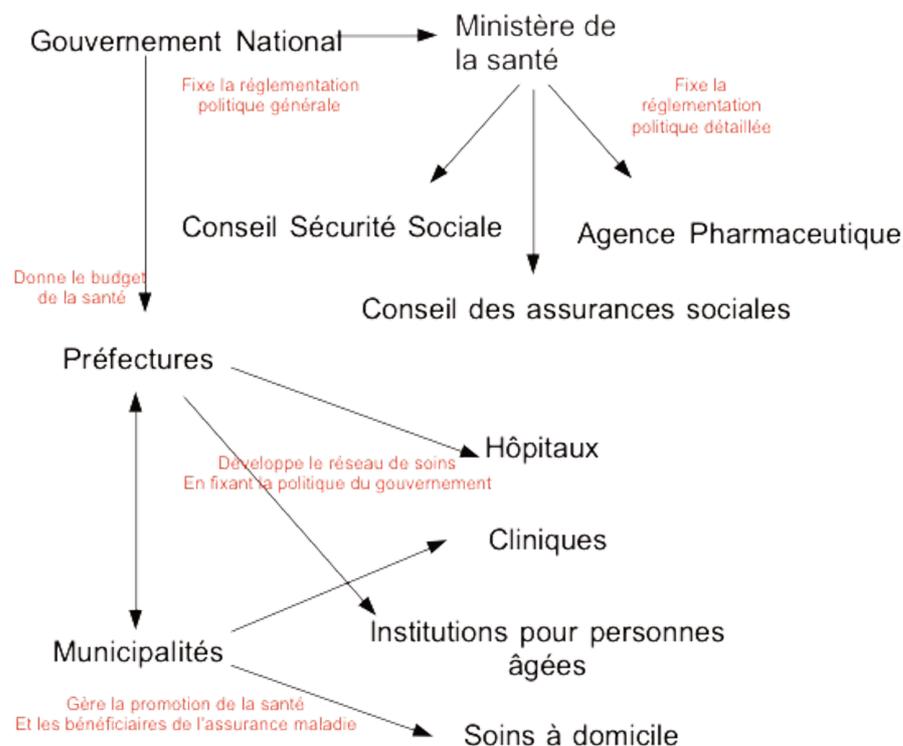


Figure 1: système de santé japonais

e. Objectifs de l'étude

Cette étude avait pour objet de comparer dans la littérature les soins de santé primaires au Japon et en France et de vérifier cette comparaison dans le quotidien des médecins généralistes japonais.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. *Type d'études*

L'étude était une revue systématique menée conformément aux recommandations *PRISMA* [21] et une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Il n'y a pas eu de déclaration auprès de la CNIL ou du CPP.

2. *Stratégie de recherche*

Les mots clés utilisés étaient relatifs aux soins primaires en France et au Japon :
(("Japan "[Title/Abstract]) OR ("french "[Title/Abstract])) AND (("Primary care"[Title/Abstract]) OR ("Healthcare system"[Title/Abstract]) OR ("Health care"[Title/Abstract]) OR ("Delivery care"[Title/Abstract]) OR ("Health cost"[Title/Abstract]) OR ("Health expenditure"[Title/Abstract]) OR ("Family medicine"[Title/Abstract]) OR ("Family physician"[Title/Abstract]) OR ("Family doctor"[Title/Abstract]) OR ("house doctor"[Title/Abstract]) OR ("General practitioner"[Title/Abstract]) OR ("general practice"[Title/Abstract]) OR ("Gatekeeper"[Title/Abstract]) OR ("Gatekeeping"[Title/Abstract]) OR ("Primary care access"[Title/Abstract]) OR ("Comparative system"[Title/Abstract]) OR ("Coordination "[Title/Abstract]))

Les bases de données explorées ont été :

- Internet : site de la *JPCA*
- Des revues scientifiques
- Le site de l'*OCDE* (l'Organisation de coopération et de développement économiques)
- Statistique du ministère de la santé, du travail et des affaires sociales (*MHLW*)

- Entretien en face à face ou par mail, des rencontres avec des médecins généralistes (Français, Japonais) exerçant au Japon, en clinique et à l'hôpital.

Les critères d'éligibilité des études étaient :

Être en rapport avec les soins premiers selon la définition de l'OMS en 1978 à la conférence d'Alma-Ata : "*des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.*"

Le type d'études était les revues systématiques de la littérature, les études descriptives observationnelles, les études multicentriques, les études de cas, les rapports scientifiques qui incluaient les résultats sur l'utilité, le développement et l'impact des soins premiers, les dépenses de santé, l'utilisation du système de santé.

La recherche était limitée aux langues anglaise et française, pour les périodes de 01/01/1990 au 31/12/2020. Les sources et les références bibliographiques ont été gérées par le logiciel ZOTERO®.

.

3. Sélection des études

Après exclusion des doublons, les études ont tout d'abord été sélectionnées sur les titres et les résumés. Une seconde sélection a été réalisée après lecture intégrale des textes.

Les données ont été collectées selon les critères suivants : titre, auteur, année, pays, type d'étude, objectif, méthode et résultats.

Le degré de qualité d'un article a été analysé quand cela était possible. Le risque de biais inhérent à chacune des études n'a pas été évalué.

4. Choix des lieux d'enquêtes

Pour conforter notre étude sur le système de soins japonais, nous nous sommes rendu sur place pendant 15 jours, du 28 novembre 2019 au 13 décembre 2019. Nous avons pu constituer, via le site de l'Ambassade de France au Japon, un échantillon de 5 médecins généralistes éligibles pouvant être contactés par courriel : un médecin situé dans la ville de Sendai dans la région du Tohoku, son associé en formation hospitalière à l'hôpital du Tohoku puis un médecin situé près de Tokyo, à Kawasaki avec deux de ses associés. La ville de Sendai est une zone urbaine beaucoup moins affluente que Tokyo et la ville de Kawasaki est une zone rurale autour de Tokyo avec un fort taux de précarité sociale. Le choix des villes et de la période étaient opportunistes.

5. Conception de l'enquête

Les entretiens ont été réalisés en essayant de respecter les lignes directrices *CO-REQ*[22]. Les entretiens ont été réalisés en toute liberté. L'enquêteur était un homme, interne en médecine générale et également l'auteur de cette thèse. Celui-ci ne connaissait pas les participants avant de débiter l'étude. Les participants savaient que nous réaliserions un travail sur les soins premiers. Il n'y a pas eu de guide d'entretien réalisé au préalable. Les entretiens ont été enregistrés vocalement sur le smartphone de l'enquêteur, sur les lieux de travail des participants et totalement retranscrit sur *Microsoft WORD*® par lui-même. La retranscription a été la plus fidèle possible.

6. Référence et Illustrations

Pour les références, nous avons créé une bibliographie aux normes *Elsevier Vancouver*. Les sources ont été identifiées et référencées.

RÉSULTATS

1. Sélection des articles

Les recherches dans les bases de données électroniques ont permis de retrouver 155 références, dont 30 étaient des doublons. Nous avons sélectionné 52 articles sur le titre et le résumé. Après lecture intégrale, 30 études ont été exclues car elles ne remplissaient pas les critères d'éligibilité. L'analyse a porté sur 22 études. (Figure 2) [21].

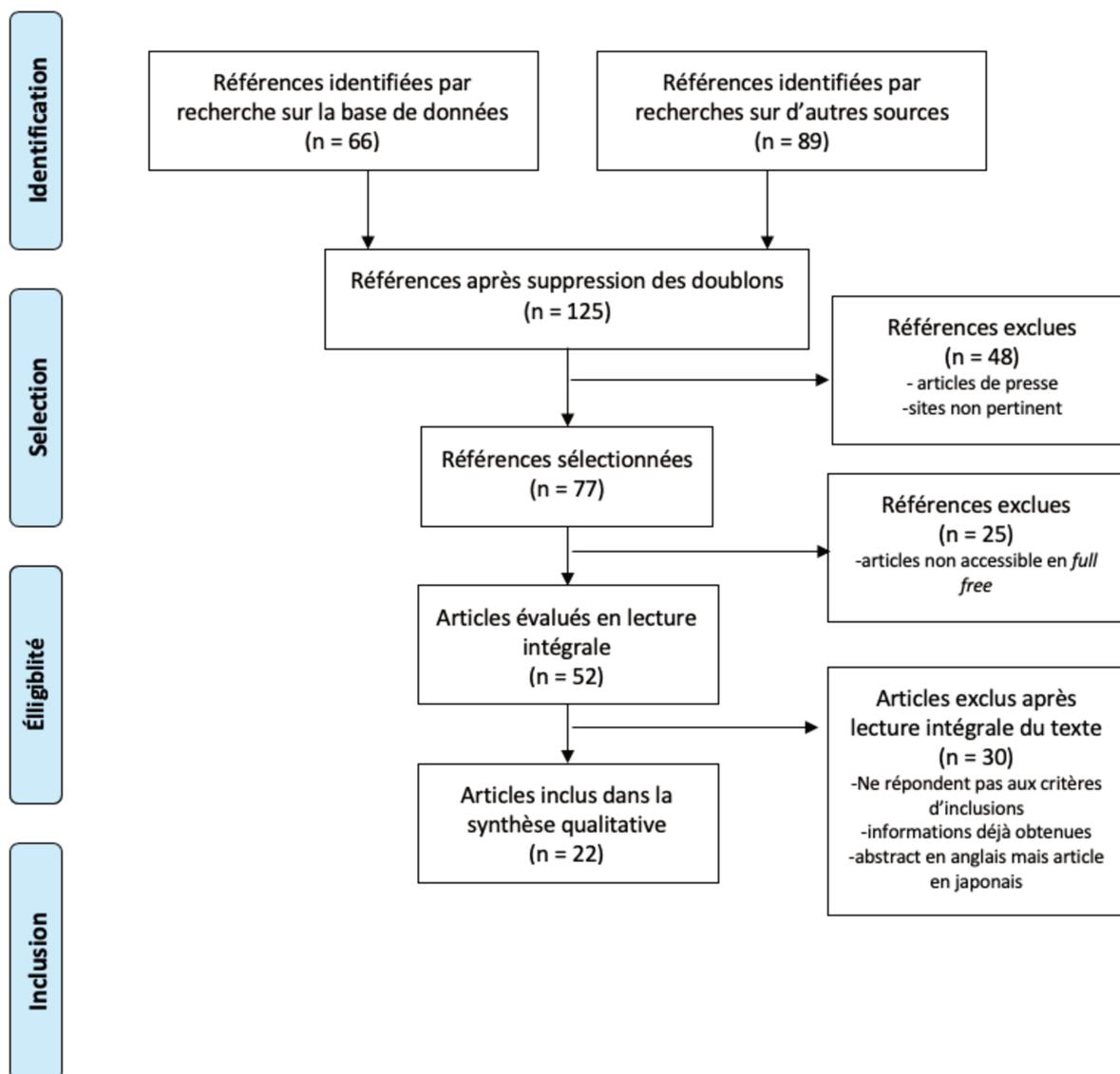


Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA

Il y avait 16 études japonaises, une étude italienne, 2 études anglaises et 3 études françaises. Parmi elles, il y avait 5 revues de la littérature, 13 études observationnelles, un rapport scientifique, un article de revue, 2 études quantitatives. Les études ont été menées dans des pays à revenus élevés et elles incluaient toute la population. Plusieurs problèmes de santé en soin premier ont été pris en compte :

- Le développement des soins premiers,
- Le contrôle d'accès aux soins,
- La maîtrise des coûts,
- La rémunération des médecins généralistes,
- Le temps de consultation,
- Le personnel en soin premier
- La palette de compétence en soins premiers (psychiatrie, pédiatrie, gynécologie)

Concernant la qualité des travaux retenue, les études observationnelles obtiennent globalement de meilleurs scores que les revues de la littérature.

2. Réalisation des entretiens

Parmi 5 médecins généralistes contactés par courriel par le biais du site de l'ambassade de France, 2 médecins ont répondu favorablement. Trois médecins n'ont pas donné de réponses (Figure 3).

Nous avons donc réalisé deux entretiens avec deux médecins différents :

- Dr Masahiro Yao (PhD) un médecin généraliste qui travaille dans une clinique communautaire de 200 lits ;
- Dr Miyazawa Isabelle (MD) un médecin généraliste qui travaille dans l'hôpital universitaire du Tohoku et dans un centre de santé en centre-ville).

Les résultats ont porté sur l'analyse du système de santé japonais et son système de soin premier.

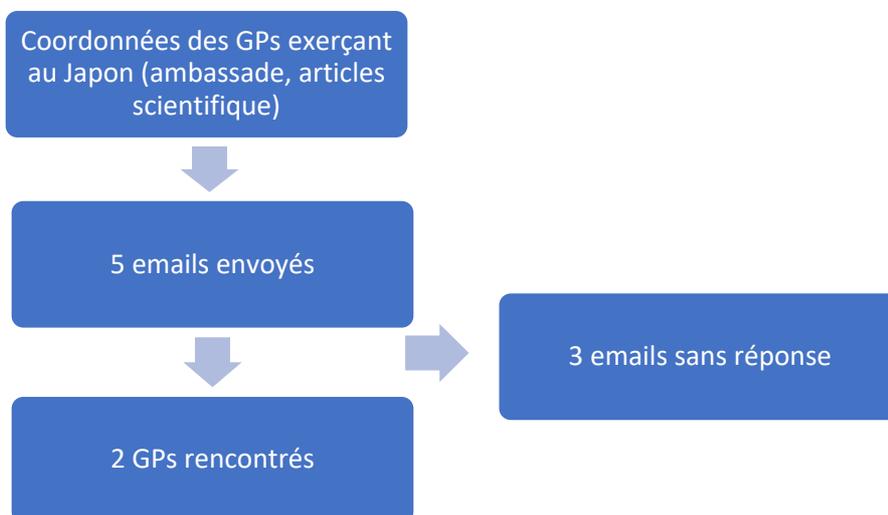


Figure 3 : Diagramme de flux - entretiens

3. Description et scores des études

Tableau 1 : Description et scores des études

Auteur	Date - Pays	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score
Rosano	2013 - Italie	Revue de la littérature	Analyser la relation entre l'accès aux soins premiers et les hospitalisations évitable	Sur 51 articles, 72,5% ont révélé une association inverse significative entre l'indicateur d'accessibilité aux soins premiers et les taux d'hospitalisation évitable.	SCORE PRISMA 55,5%
Sripa. P	2019 – Royaume Unis	Revue de la littérature	Établir l'impact du contrôle général sur la qualité des soins, l'utilisation et les dépenses de santé, les résultats en matière de santé et la satisfaction des patients.	Le contrôle d'accès était associé à une utilisation et une dépense de soins de santé plus faibles et à une meilleure qualité des soins, mais à une moindre satisfaction des patients. Le taux de survie des patients atteints de cancer dans les programmes de contrôle d'accès était significativement plus faible que ceux en accès direct, bien que le contrôle d'accès aux soins primaires n'ait pas été autrement associé à un report des patients	SCORE PRISMA 85%
Fujisawa. D	2018 – Japon	Étude observationnelle multicentrique 13 hôpitaux impliqués, 228 patients.	Étudier les voies d'accès aux soins psychiatriques au Japon et le délai entre l'apparition de la maladie et le traitement avant d'atteindre les psychiatres.	La voie d'accès aux soins psychiatriques au Japon a démontré que la voie de référence au Japon dépend fortement des ressources médicales. Environ 40% des patients accèdent directement à des professionnels de la santé mentale, 40% via l'hôpital général et 15% via des praticiens privés.	SCORE STROBE 86%
Aoki. T	2016 – Japon	Étude transversale qualitative Envoi d'un questionnaire à 1100 résidents âgés de 40 à 75 ans sélectionnés aléatoirement	Développement de la version japonaise de l'outil d'évaluation des soins primaires (JPCAT)	0,7 % de réponses, validation de l'outil et de sa fiabilité, il pourrait être utilisé pour la recherche sur les services de santé en soins primaires	SCORE STROBE 86%
Kaneko.M	2019 – Japon	Étude de cohorte prospective Étude sur 14 îles isolées à Okinawa en mesurant l'incidence des visites de clinique et la référence vers les soins avancés hors de l'île	Examiner la fonction de contrôle des médecins généralistes (gatekeeper) au Japon	La faible incidence des visites dans les établissements de soins secondaires dans cette étude pourrait suggérer que l'introduction d'un système de gatekeeper au Japon réduirait l'incidence de l'orientation vers les soins secondaires ou tertiaires.	SCORE STROBE 95%
Shibata. A	2018 – Japon	Étude qualitative avec entretien semi dirigé Entretien avec 13 médecins de soin primaire et 4 obstétriciens dans les régions éloignées et les îles du Japon	Analyser l'impact des soins premiers dans les zones éloignées.	Les médecins de soins primaires qui s'occupent des soins de maternité ont reconnu les défis suivants : faible connaissance des soins primaires, manque de possibilités de formation, objectif peu clair de la formation, manque de système de certification, manque de système de consultation et manque d'obstétriciens pour offrir un soutien	SCORE COREQ 71,8%
Aoki. T	2018 – Japon	Étude de cohorte prospective multicentrique	Examiner l'association entre l'expérience des patients avec leurs médecins de soins premiers, et leur contournement pour obtenir des soins auprès des établissements de santé de niveau supérieur	Nous avons constaté que l'expérience des patients en matière de soins primaires au Japon était inversement associée au contournement d'un gardien des soins primaires dans le but d'être soigné dans des établissements de santé de niveau supérieur, tels que les hôpitaux	SCORE STROBE 86%

Barlet. M	2011 – France	Enquête menée auprès de 1 900 médecins sur l'introduction de nouveaux modes de rémunération	Analyser ce que pensent les médecins généralistes de leurs rémunérations	Les opinions des médecins interrogés sont très partagées : 61 % y sont favorables et 39 % défavorables. Ainsi, l'adhésion d'une forte majorité des médecins nécessiterait la mise en place de modes de rémunération mixtes offrant un véritable choix au médecin.	SCORE STROBE 77%
Chambonet. JY	2000 - France	Enquête de 150 médecins généralistes français, aléatoire, contactés par téléphone et lettre explicative	Combien de temps durent les consultations en médecine générale française ?	La durée moyenne de consultation était de 14 min et 24 s ; elle a duré 15 min en cabinet non informatisé et 12 min et 50 s en cabinet informatisé.	SCORE STROBE 63%
Ohta. R	2019 – Japon	Enquête à l'aide de 2 questionnaires	Perceptions des étudiants de la médecine générale après une formation médicale communautaire dans les régions rurales du Japon	Cette étude démontre qu'il existe des écarts de formation entre les universités médicales et les hôpitaux communautaires en matière de médecine générale. Les étudiants de premier cycle devraient être exposés à la médecine générale plus fréquemment et dès les premiers stades de la formation grâce à des collaborations efficaces entre les universités et les hôpitaux	SCORE STROBE 95%
Yoshida S.	2019 – Japon	Étude transversale	Montrer que la médecine de famille peut être une solution à la pénurie de médecins dans les zones rurales	Les médecins de famille se répartissaient en faveur des zones rurales beaucoup plus que tout autre spécialiste au Japon. Le meilleur équilibre de la répartition des médecins de famille rapporté par les pays ayant une forte orientation vers les soins primaires semble tenir même dans un pays où l'orientation des soins primaires est faible, la répartition des médecins n'est pas réglementée et les patients ont un accès gratuit aux soins de santé. Les médecins de famille ne représentent que 0,2% de tous les médecins japonais. Cependant, si leur population augmente, ils peuvent potentiellement corriger le déséquilibre de la répartition des médecins. Le soutien du gouvernement est obligatoire pour promouvoir la médecine familiale au Japon	SCORE STROBE 82%
Cartier T	2015 - France	Étude de cas/rapport scientifique	Analyse des critères de soins premiers en France	Actualisation des données sur les soins premiers (contexte des soins premiers, structure du système de soins premier, processus de soins premier, résultat du système de soin premier).	
Tsu. T	1994 – Japon	Étude comparative	Comparer les soins primaires au Japon et États-Unis et évaluer l'expérience de chaque pays en matière de soins premiers dans le cadre de certains défis de santé publique (vieillesse de la population, dépense de santé qui augmente)	Les deux pays sont confrontés à des défis majeurs. L'augmentation rapide projetée du ratio relatif de personnes âgées à la population totale du Japon mettra à rude épreuve sa capacité à contenir les coûts des soins de santé. L'intérêt pour la formation aux soins primaires au Japon remonte à 1978, mais sa mise en œuvre a été en grande partie infructueuse. Les défis aux États-Unis sont bien plus redoutables.	
Sano. H	2017 – Japon	Étude quantitative	Évaluer l'impact de la quantité de ressources pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sur les taux de participation au dépistage en clinique	Le manque d'unités de mammographie dans les zones urbaines et de gynécologues en particulier dans les zones rurales a entravé l'accès au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Des stratégies sont nécessaires pour améliorer rapidement l'accès des résidents et augmenter leur taux de participation au dépistage du cancer.	
Akiyama.T	2007 – Japon	Revue de la littérature narrative	Panorama de la psychiatrie au Japon	Accès aux soins psychiatriques disponible dans tout le Japon	
Kadooka. Y	2017 – Japon	Article de revue	Montrer l'utilisation abusive des soins de santé dans le Japon	Utilisation abusive des ambulances au lieu du taxi, utilisation abusive des consultations en soin secondaire/tertiaires pour des patients aux symptômes bénins nécessitant une consultation en ambulatoire	

Aoki. T	2017 – Japon	Utilisation de la base de données PubMed pour évaluer la fréquence des articles faisant référence aux soins premiers de 2011 à 2016 sur 5 revues internationales de soins premiers	Évaluer la contribution du Japon dans les revues de soins primaires à impact important	Sur le total des articles (2 602), la proportion d'articles japonais dans 5 revues internationales de soins primaires à fort impact était de 0,15% (4 articles). Conclusion : contribution très faible	
Watari. T	2018 – Japon	Étude comparative	Améliorer la formation des médecins de soins primaires au Japon en examinant le programme de formation en Suède	Différence dans la formation médicale en soin premier, et dans le mode d'exercice des soins premiers. Bon résultat du système de soin premier en Suède, le système suédois peut être un modèle utile lors de l'élaboration de stratégies visant à faire progresser le Japon	
Toyabe. SI	2009 – Japon	Étude quantitative statistique	Le but de cette étude était de comparer le nombre de médecins au Japon entre 1996 et 2006 et les tendances de la répartition des médecins.	Le nombre total de médecins a augmenté chaque année entre 1996 et 2006, mais est resté en dessous de la norme internationale. Les trois mesures de la mauvaise distribution des médecins se sont aggravées après 2004, et l'aggravation a été remarquable dans la répartition des médecins travaillant dans les hôpitaux. Le nombre de médecins travaillant dans les hôpitaux a considérablement augmenté dans les zones urbaines, mais pas dans les zones à faible densité de population. Lorsque les internes en médecine ont été exclus du calcul, les mesures de la mauvaise distribution se sont améliorées.	
Kato et al.	2019 – Japon	Revue de la littérature narrative la revue est basée sur le cadre de la publication 2015 de l'OMS sur les systèmes de soins primaires en Europe	Décrire le parcours des soins primaires au Japon, avec son passé, son présent et son avenir comme un ajout précieux à la littérature universitaire anglaise.		
Greenfield. G	2016 – Royaume-Uni	Revue de la littérature narrative	Repenser le système de « gatekeeper » en soin premier	Le NHS subit une pression considérable pour utiliser ses ressources efficacement, et les soins primaires ont aidé le NHS pour atteindre cet objectif grâce à sa fonction de contrôle d'accès. Pourtant, un accès direct pourrait contribuer à réduire la charge de travail des médecins généralistes et à faciliter le choix des patients.	
Iwata. H	2019 – Japon	Étude épidémiologique	Estimer les besoins de base en médecins de soins à domicile de 2020 à 2060	Afin de fournir suffisamment de soins à domicile et de soins terminaux à domicile, il est indispensable d'augmenter le nombre de médecins de soins à domicile. Cependant, l'offre non réglementée de médecins de soins à domicile exigera une attention particulière à l'avenir	STROBE 82%

4. Synthèse des résultats

Utilité des soins premiers :

Cinq études abordent l'utilité des soins premiers. Par une revue de la littérature systématique, *Rosano (Italie, 2013)*, montrait qu'en facilitant l'accès aux soins premiers on diminuait le taux d'hospitalisations évitables [23].

Fujisawa (Japon, 2018) a étudié les voies d'accès aux soins et le délai de prise en charge de la maladie mentale. Les patients présentant des symptômes psychiatriques mettaient plus de temps à voir un psychiatre dans le processus d'accès direct aux soins. Ce délai était réduit quand ils passaient par un autre professionnel de santé [24].

En France, d'après *Cartier*, les résultats des soins premiers étaient mitigés. La couverture vaccinale pourrait être améliorée et le nombre d'hospitalisations pour 100 000 habitants, ayant un diagnostic sensible aux soins primaires était relativement élevé [25].

Sur le plan démographique, *Iwata (Japon, 2019)* estimait que le vieillissement de la population nécessitera le développement de médecins de soins à domicile [26]. La répartition des médecins a été étudiée par *Yoshida (Japon, 2019)*. L'étude montrait que le développement de la médecine de famille pourrait être une solution à la pénurie de médecins dans les zones rurales [5].

Pour le Dr. Masahiro l'accès libre aux soins était une bonne chose pour la population ayant des pathologies courantes et bénignes. Néanmoins, elle ne facilitait pas la prise en charge des patients âgés souffrant de maladies chroniques.

Mode d'exercice

L'étude de cas réalisée par *Cartier* montrait qu'en France, 70 % des médecins généralistes exerçaient à titre libéral, individuellement ou en groupe. Les médecins salariés représentaient 22 % [27]. Au Japon, *Kato (Japon, 2019)* mettait en évidence que l'exercice en clinique privée était majoritaire [8].

Maîtrise des coûts

D'après *Kadooka (Japon, 2017)*, l'accès direct était responsable d'une utilisation abusive des soins secondaires et tertiaires. Il évoquait également une utilisation excessive des moyens de transport médicaux [28].

Concernant les dépenses de santé, Dr. Masahiro exprimait l'idée que les soins premiers pouvaient réduire les dépenses par la prise en charge globale du patient, en réévaluant régulièrement les prescriptions et en favorisant la coordination des soins pour éviter de nombreuses hospitalisations non nécessaires.

Gatekeeping

Kaneko M (Japon, 2018), exposait que dans les régions isolées, les patients consultaient leurs médecins habituels et qu'il y avait un faible taux de consultation en soins secondaires et tertiaires [29].

Par ailleurs, ce contrôle d'accès mis en place au Royaume-Uni avait permis de maîtriser les coûts liés à la santé, d'après *Greenfield (Royaume-Uni, 2016)*. Cependant, la charge de travail des médecins était de ce fait, très élevée [30]. Quelques années plus tard, *Sripa P (Royaume Uni, 2019)*, décrivait que le contrôle d'accès était associé à des dépenses de santé plus faibles et à une meilleure qualité des soins, mais à une moindre satisfaction des patients. Il ajouta également que le taux de survie à un an des patients atteints de cancer dans les programmes de contrôle d'accès était significativement plus faible que ceux en accès direct [31].

Dr. Miyazawa évoquait un inconvénient de l'accès direct au Japon : « *Dans la plupart des cas quand je fais une prescription, je donne le traitement au patient directement avec le nombre de cachets exact. S'il n'y en a pas en stock alors le patient ira en pharmacie chercher son traitement. L'inconvénient ici c'est que le patient a accès à n'importe quelle clinique, hôpital ou pharmacie alors parfois quand on voit un patient pour la première fois, il ne connaît pas son traitement au long cours et nous n'avons pas vraiment de moyen de le savoir. Il y a tout de même un système qui vient d'être mis en place avec un mini bloc note à présenter en pharmacie pour chaque patient dans lequel le pharmacien note la délivrance des traitements, ça permet d'avoir un œil sur les traitements qu'ils prennent. C'est assez compliqué et ça pose des problèmes parfois, notamment avec la prescription*

de stupéfiants... ».

Le développement des soins premiers.

Takuya et al. (Japon, 2016), ont développé le *Japan Primary Care Assessment Tool*, se basant sur l'expérience des patients afin d'améliorer la qualité des soins premiers [32]. Concernant les publications d'*Aoki (Japon, 2017)*, celles-ci dévoilaient l'intérêt de développer la recherche sur les soins premiers. Sur un total de 2602 articles de soins premier, la proportion d'articles japonais dans 5 revues internationales de soins primaires à fort impact était de 0,15% (4 articles) [33].

Sur le plan académique, il existait des écarts de formation entre les universités médicales et les hôpitaux communautaires en matière de médecine générale. D'après *Ohta (Japon, 2019)*, le programme *Community Based Medical Education (CBME)* pourrait donner envie aux étudiants en médecine de pratiquer la médecine générale [34]. Pour finir, Dr. *Miyazawa* soulignait « *qu'aujourd'hui dans les universités, ils envoient les jeunes étudiants pendant 6 mois ou un an dans des zones où il n'y a pas beaucoup de médecins, c'est ce système qui pallie les inégalités démographiques.* »

Rémunération des « GPs »

Cartier (France, 2015), mettait en lumière que le mode de rémunération était principalement le système de rémunération à l'acte. Le revenu net des médecins généralistes en France était de 63 900 € en 2006 [27]. *Barlet (France, 2011)*, avait interrogé les médecins généralistes français sur d'éventuels nouveaux modes de rémunération. Sur un échantillon de 1700 médecins, environ 61 % étaient favorables à la mise en place d'un mode de rémunération mixtes [35].

Au Japon, *Kato (Japon, 2019)*, expliquait, d'après les données du MHLW, que les salaires des médecins exerçant dans les hôpitaux sont similaires dans toutes les spécialités hospitalières. Cependant, comme les cliniques sont remboursées selon un modèle de rémunération à l'acte, les salaires des médecins exerçant en clinique sont généralement plus élevés qu'à l'hôpital. Le salaire annuel moyen d'un médecin hospitalier en 2017 s'élevait à 14,7 millions de ¥ (soit environ 113 000 €). Le salaire d'un médecin dirigeant une clinique s'élevait à 24,6 millions de ¥ (soit 188 783 €) [8].

Concernant le paiement par le patient, Dr. Masahiro déclarait que cela était fonction de l'âge et du revenu. Le patient payait 10 à 30% des frais totaux pour chaque visite, qu'elle soit ambulatoire ou non.

Dr. Miyazawa apportait une précision sur le paiement : « *Par exemple aujourd'hui à la première visite, le total des actes était de 288 points, je t'explique : un point c'est 10 yens donc elle devrait payer 2880 yens puis avec 30% elle devrait payer environ 900 yens.* »

Temps de consultation des médecins généralistes

L'étude de *Chambonet (France, 2000)*, montrait que la durée moyenne de consultation était de 14 min et 24s : elle a duré 15 min en cabinet non informatisé et 12 min et 50 s en cabinet informatisé [36]. Au Japon, la consultation était de 10 minutes en moyenne d'après *Kato (Japon, 2019)* [8].

Nombre de médecins généralistes

Kato (Japon, 2019) évoquait 672 spécialistes en médecine générale certifiée par la JPCA [8].

Psychiatrie

L'accès aux soins en santé mentale était très développé au Japon [37]. Cependant, le Dr. Masahiro avançait que la pratique de la psychiatrie était différente en zone rurale et en zone urbaine. Dr. Miyazawa ajoutait : « *En France, on privilégie le suivi ambulatoire chez les patients psychiatriques dans la limite du possible, on essaye de les insérer dans la vie, de les suivre en ambulatoire, on leur propose des appartements thérapeutiques etc. Au Japon, c'est toujours l'hospitalisation et la psychiatrie n'est pas sectorisée* » ; « *Ici c'est culturel, il y a encore un discrédit sur la maladie psychiatrique, il y a un tabou autour de ça pour les familles. Généralement les patients sont hospitalisés longtemps et souvent ce sont les mêmes patients qui reviennent. Parfois ils sont refusés de certains établissements. Il y a les hospitalisations libres, à la demande d'un tiers et d'office comme en France même si ça a changé je pense* »

Gynécologie

D'après Sano (Japon, 2017), la pénurie de gynécologues au Japon serait responsable du faible taux de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus par rapport aux pays occidentaux [39]. De plus, Shibata (Japon, 2018) montrait que les médecins de soins premiers n'avaient pas de certification en soins de maternité et gynécologie [38].

Dr. Miyazawa confirmait l'idée : « Ici, c'est le gynécologue qui fait tout, suivi de grossesse, frottis, prescription de contraception, interruption volontaire de grossesse, etc. Mais cela coûte très cher, par exemple pour la contraception, rien n'est remboursé, parce que ce n'est pas une maladie et l'interruption volontaire de grossesse coûte vraiment très cher ici. Par exemple pour une consultation classique, on attend devant la porte du docteur, on rentre, elle nous demande pourquoi on vient ? On l'a déjà noté sur un papier normalement et ensuite c'est très rapide, elle nous examine, elle fait un geste clinique, puis ensuite c'est fini ou alors on a une explication et on repart. On a 10 minutes maximum alors que parfois on veut des explications mais non, c'est rapide quand même. ».

Pédiatrie

Dr. Miyazawa nous expliquait : « On retrouve la pédiatrie en hospitalier ou en clinique » ; « Il n'y a que le pédiatre qui voit les enfants, généralement jusqu'à 15 ans. Ensuite on est considéré à partir de 16 ans, à l'entrée du lycée, comme adulte. La majorité ici c'est 20 ans ». Elle ajouta également pour la vaccination : « Alors il y a un calendrier de vaccination, presque équivalent au français. Il y a quelque temps la vaccination était largement conseillée mais maintenant elle est devenue obligatoire » ; « à la naissance il y a le BCG à faire car il y a vraiment eu beaucoup de cas de tuberculose au Japon, à partir d'un mois on peut faire le DTaP avec 2 rappels à un mois d'intervalle et un rappel à un an, puis un rappel à 6 ans et 11 ans ensuite les vaccinations s'arrêtent. Au Japon il n'y a plus de rappel à faire après 11 ans. »

Concernant les articles, les lignes directrices STROBE, PRISMA ET COREQ sont globalement respectées. Il y a presque la moitié des articles (10) dont l'analyse des critères n'a pas été faite (rapport scientifique, revue de la littérature narrative, étude de cas). Il n'y a pas eu d'articles retrouvés pour étudier le soin premier en pédiatrie au Japon. Par ailleurs, les entretiens avec le Dr. Miyazawa et le Dr. Masahiro, couvraient seulement 61 % de réponses sur les 9 domaines exploités, soit seulement 11 réponses sur 18 (les autres réponses en entretiens étaient hors sujet).

DISCUSSION

1. *Réponses aux objectifs*

L'objectif avait pour but de comparer à l'aide d'une revue de la littérature les soins premiers en France et au Japon. Les données obtenues lors des entretiens nous ont permis de consolider nos recherches.

Par différentes observations, il a été possible d'appréhender les principales caractéristiques du système de santé japonais et de comprendre la nécessité de le recentrer vers les soins premiers.

2. *Modèles des systèmes de santé*

La France a la particularité de posséder un système de santé mixte, inspiré des deux modèles : Bismarckien et Beveridgien.

À titre explicatif, Beveridge était un économiste anglais qui, en 1942, a réformé le système d'assurance maladie au Royaume-Uni, selon trois principes : universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques ; uniformité des prestations fondées sur le besoin des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque, l'unicité avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale et un financement basé sur l'impôt [41].

Semblable à l'Allemagne ou au Canada, le système français est inspiré d'un modèle professionnel non hiérarchisé où l'offre de soins est laissée à l'initiative des acteurs [13]. Pour autant, le système de santé français ne s'organisait pas toujours autour d'une offre de soins premiers. En effet et à ce jour l'offre de soins ambulatoires est variée et les professionnels de santé y sont majoritairement libéraux [25]. Il existe des structures comme les centres de soins à domicile, les centres de santé départementaux (par exemple : la Protection Maternelle Infantile), la médecine scolaire, les organisations telles que « SOS médecins » par exemple. Cette diversité dans l'offre de soin fut permise grâce

aux réponses du gouvernement qui s'est inscrit dans une dynamique de recentrage du système de santé vers les soins premiers, face aux enjeux de santé publique.

De ce fait, en 2004 et en 2005, est mise en place la réforme du médecin traitant et du parcours de soins, mettant ainsi en évidence une approche populationnelle, mais également territoriale, très équivalente au système britannique.

Les soins actuels évoluent donc vers un modèle hiérarchisé dans lequel le médecin généraliste a un rôle pivot [25]. Effectivement, *Starfield et al. (Royaume-Uni, 1994)* a montré que plus les soins premiers étaient développés et plus les indicateurs de santé étaient améliorés [42]. En effet, le Royaume-Uni et la *NHS* montrent de bons résultats avec un système où le médecin généraliste a un rôle central.

Comme en France, le système de soins premiers japonais ressemble à un modèle professionnel non hiérarchisé. En revanche, l'offre de soins ambulatoires y est essentiellement proposée par des spécialistes majoritairement installés en clinique privée. Il existe également des centres de santé municipaux où les médecins sont généralement salariés. De plus, depuis que la médecine générale est une nouvelle spécialité académique, le gouvernement encourage les patients à garder le même médecin pour répondre à une logique populationnelle comme au Royaume Uni [8]. Le but recherché semblerait être la mise en place, dans un premier temps, d'un système, qu'on pourrait qualifier « d'hybride », assez ressemblant au système français.

Par ailleurs, les dépenses de santé au Japon augmentent. Le pays a dépensé 11,1 % du PIB en 2019 contre 11,2 % en France et 11,7 % en Allemagne ou encore 17 % du PIB aux États-Unis. Il y a dix ans les dépenses de santé au Japon étaient de 8,2 % du PIB contre 10,5 % du PIB en France [20]. Probablement en raison d'une offre de soins excessive et hyper spécialisée qui augmente les dépenses. À titre d'exemple : le système américain *Obamacare* a montré ses limites en développant une médecine de pointe qui finalement n'était pas accessible financièrement par la population. Malgré des dépenses de santé élevées, les indicateurs de santé n'étaient pas améliorés [25]. Selon le Dr Masahiro, le développement des soins primaires peut réduire le coût des soins de santé, grâce à une prise en charge totale, une coordination des soins, ainsi qu'en diminuant le taux « d'hospitalisations évitables ». D'ailleurs, en ce qui concerne ces « hospitalisations évitables », même si elles sont responsables de dépenses superfétatoires, elles

représentent toutefois un indicateur de qualité d'accès aux soins premiers d'après une étude de *Rosano et al (Italie, 2013)* [23].

Conclusion : on peut affirmer que ces systèmes de soins sont globalement différents. Ils ont le point commun d'être des systèmes non hiérarchisés laissant l'offre de soins premiers à l'initiative des professionnels. Ces dernières années, pour pouvoir continuer à promouvoir des soins de qualité à bas prix, le gouvernement japonais a été contraint d'augmenter ses dépenses de santé, ce qui n'est évidemment pas une politique économique à long terme. Malgré cela, il y a depuis quelques années des débats à propos d'une transition vers une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour tous les pays afin de pallier les problématiques d'inégalités dans l'accès aux soins et d'offrir une réponse économique dans de nombreux pays, incluant le Japon et la France [44].

3. *L'accès aux soins premiers*

Au sein de l'archipel japonais, aucun patient n'est tenu de s'inscrire dans un cabinet. Il n'existe pas de « Gatekeepers » contrairement au Royaume-Uni ou encore au Pays-Bas [29]. Cependant, certains grands hôpitaux et certains grands centres universitaires facturent des frais supplémentaires aux patients qui ne sont pas référés (5000 ¥, soit 40 €).

Greenfield et al. (Royaume-Uni, 2016) montraient que le NHS avait atteint ses objectifs de santé publique grâce à sa fonction de contrôle d'accès tout en nuanciant le fait qu'un accès direct pourrait contribuer à réduire la charge de travail des médecins généralistes et faciliter le choix des patients. En effet, le contrôle d'accès était associé à des dépenses de soins plus faibles et à une meilleure qualité dans les différentes prises en charge médicales. Mais, ce dispositif était responsable d'une moindre satisfaction des patients, n'étant pas libres d'accéder aux soins secondaires et tertiaires [30].

De surcroît, une revue de la littérature systématique réalisée par *Sripa. P*, montrait que le « *gatekeeper* », généralement considéré comme témoin d'un système efficient en

soin premier, pouvait être à l'origine d'une diminution de la survie à un an en cas de cancer [31] ; [45].

D'après le Dr Masahiro, l'accès libre aux soins est un avantage pour les jeunes générations consultant pour des problèmes relativement simples. Néanmoins, ce système axé sur la liberté d'accès ne facilite pas le suivi des patients souffrant de multi-morbidités ou de pathologies psychiatriques. En effet, malgré un faible échantillon de patients, l'étude multicentrique menée par Fujisawa, montrait que les patients présentant des symptômes psychiatriques mettaient plus de temps à rencontrer un psychiatre, plutôt qu'un autre professionnel de santé. Si bien que, cette voie d'accès retardait parfois le délai de prise en charge [24]. Aussi, le Dr Miyazawa évoquait un autre inconvénient de l'accès direct aux soins chez les patients dépendants aux stupéfiants : la coordination et la traçabilité des informations étaient souvent difficiles entre les différentes structures de soins. En outre, l'accès libre et direct aux soins peut également entraîner un déséquilibre de la relation médecin-malade, étant donné le choix libre du patient qui peut entraîner une irrégularité dans le suivi.

Au Japon, il est relativement complexe d'évaluer le personnel de soins primaires en raison de la frontière assez ténue qui existe entre les soins primaires et secondaires. D'après la JPCA, 672 médecins ont le statut de médecins généralistes certifiés [8]. En 2016, en France, on comptait 3,4 médecins pour 1000 habitants contre 2,4 médecins pour 1000 habitants au Japon [47]. Ainsi, en réponse à cette pénurie de professionnels, à laquelle se surajoute une médecine générale quasi absente du paysage soignant, un nouveau programme destiné aux étudiants en médecine a été mis en place : le *Community Based Medical Education (CBME)*, qui contribue ainsi à une meilleure compréhension des soins premiers[46].

En dehors des heures d'ouverture, les soins primaires sont fournis par la Japan Medical Association (principalement pour les patients sans rendez-vous). Les soins secondaires en dehors des heures de travail sont fournis par les hôpitaux locaux (principalement pour les patients nécessitant une admission).

D'autre part, en France, le « *gatekeeping* » est un système qu'on peut qualifier d'incitatif, car le coût des soins est plus élevé pour les visites et les consultations sans lettre de recommandation du médecin généraliste. Cependant, il est important de préciser qu'un courrier de référence n'est pas à chaque fois nécessaire pour avoir accès à certains spécialistes comme l'ophtalmologue, le dentiste, le pédiatre (si moins de 16 ans), le psychiatre (si moins de 25 ans), le stomatologue ou le gynécologue [27].

Par contre, force est de constater qu'il y a encore de nombreux déserts médicaux en France, avec environ 3,8 millions de français qui vivent dans des zones sous-dotées. En effet, les départs à la retraite des médecins généralistes ne sont pas remplacés par de nouvelles installations. Probablement par les choix du lieu d'installation des jeunes médecins, mais également par l'accès limité aux études de médecine via le *numerus clausus*. Cela reste similaire à quelques zones sous denses du Japon. Un développement de la spécialité de médecine familiale pourrait contribuer à réduire le déséquilibre de la répartition des médecins au Japon [5].

Par ailleurs, toujours en France, en dehors des heures d'ouverture, les patients nécessitant des soins ou voulant consulter se dirigent soit vers le médecin de garde du secteur, c'est-à-dire les médecins généralistes volontaires pour la garde dans le cadre de la permanence de soins ; soit vers les coopératives de soins premiers tels que *SOS Médecins* ; soit vers les services d'urgences médicales garantissant des soins 24h/24.

Conclusion : il y a un manque de preuve sur la véritable efficacité du « *gatekeeping* » [30]. En France, comme au Japon, deux défis sont à relever : rééquilibrer les disparités géographiques médicales et coordonner les soins entre les différents professionnels de santé.

Par exemple, en France, la signature d'un contrat d'engagement au service public (*CESP*) a pour vocation d'inciter de futurs médecins à s'installer dans des déserts médicaux par le versement d'une allocation mensuelle de 1200 € à partir de la deuxième année de médecine, à laquelle s'ajoute une aide financière lors de l'installation [48].

Au Japon, la situation est vraisemblablement identique sur ce point : les médecins exercent majoritairement en zone urbaine. Le nombre d'étudiants autorisés à entamer des études de médecine a été augmenté par le gouvernement et certaines universités ont mis en place le système *Chiiki-Waku*, une bourse pour les étudiants, les incitant à travailler en zone rurale. [8] ; [49].

4. Mode d'exercice, Coordination, comparaison du financement par le patient et la rémunération des médecins

Un tiers des médecins japonais sont des employés salariés en clinique. Les autres sont des professionnels indépendants. Les soins premiers sont principalement assurés par des organismes à but non lucratif. En revanche, les établissements appartiennent majoritairement au secteur privé, ce qui représente environ 80 % des hôpitaux (contre 20 % en secteur public). En général, les cliniques sont la propriété de médecins ou de sociétés médicales qui sont des entités juridiques spécialisées dans la gestion des soins de santé ; elles aussi contrôlées par des médecins.

A titre indicatif, sur 101 529 cliniques, seulement 3,6 % sont gérés par les gouvernements locaux [50]. En clinique, on retrouve souvent des équipes pluridisciplinaires : médecins, infirmières, biologistes, manipulateurs en radiologie et pôle administratif (secrétariat). Dans ce modèle, le rôle du médecin de famille s'intègre alors dans le soin premier comme une valeur de supplémentation et non de substitution. D'autre part, le médecin et l'infirmière travaillent en binôme, si bien que dans la majorité des cas, le médecin est toujours accompagné d'une infirmière lors des visites à domicile. Ceux-ci sont amenés jusqu'au domicile du patient par un chauffeur rattaché à la clinique privée.

En France, le système de soins premiers est essentiellement privé, le médecin généraliste est communément un professionnel pratiquant un exercice libéral. D'ailleurs, les professionnels en secteur libéral représentent la majorité des médecins en exercice sur le territoire français [13]. De plus, on peut constater qu'à ce jour, une dynamique particulière d'installation des nouvelles générations de médecins se met en place, ceux-ci privilégient une installation sous forme de cabinet de groupe [27]. Au demeurant, les cabinets de médecine générale utilisent d'ordinaire le mode de consultation avec rendez-vous, même si ce mode d'exercice est parfois combiné avec des plages de consultations

libres (sans rendez-vous). Même si des visites à domiciles ont lieu, elles restent relativement peu fréquentes. D'un point de vue organisationnel, la plupart des cabinets médicaux étant de plus en plus informatisée, les mécanismes de communication entre les cabinets, les pharmacies et les hôpitaux sont quasiment inexistantes. Le mode de communication préférentiel reste épistolaire, à savoir le simple courrier papier ou la messagerie électronique. La coordination des soins est donc avant tout mise en place par le patient lui-même, ainsi que son entourage (la famille notamment) dans la majorité des cas [13].

Le règlement des soins au Japon se fait préférentiellement à l'acte, via un forfait mensualisé pour les maladies chroniques, comparable au principe de la « carte de fidélité », en quelque sorte. Le Dr Miyazawa expliquait qu'un acte médical, comme la rédaction d'une ordonnance ou un examen clinique par exemple, correspondait à un certain nombre de points ; sachant qu'un point équivaut à 10 ¥ (soit 0,077 €). Selon les établissements, dans le cas où la facturation se fait à l'acte, le patient paiera 10 à 30 % sur la totalité des honoraires, en fonction de sa situation personnelle (revenus, résidence, âge). Il semble également pertinent de souligner, que ce nombre de points est généralement multiplié par un coefficient déterminé par le gouvernement en fonction de la politique budgétaire. Inversement, lors d'un séjour à l'hôpital, le règlement correspond à une cotation journalière : c'est ce qu'on appelle le *Diagnosis Per Combination* (DPC). Cela comprend le diagnostic principal, les diagnostics secondaires ainsi que la procédure coûtant le plus de ressources pendant l'hospitalisation. Naturellement, les actes les plus coûteux en ressources comme les interventions chirurgicales ou les séances de radiothérapie ne seront pas couvertes par ce dispositif. Ceci permet ainsi de lisser le coût du séjour hospitalier, surtout si celui-ci venait à se prolonger. Il est payé par un montant forfaitaire journalier pour les actes réalisés coûtant moins de 10 000 ¥ (soit 75€). En revanche, pour les actes dépassant ce seuil ou si la durée d'hospitalisation venait à durer longtemps, le patient retournera sur un mode de règlement selon le système de rémunération à l'acte et donc de n'avancer que 10 à 30% des frais médicaux. Ainsi, on peut mettre en lumière le fait que le système du DPC va dépendre du stade d'hospitalisation [51].

Il existe trois modes de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat. Ceux-ci ont chacun un retentissement différent sur les dépenses de santé, sur la qualité des soins et sur l'accès aux soins. Ils ont donc à la fois leurs avantages et leurs inconvénients. Ainsi, c'est pourquoi la plupart des pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de rémunération mixte [52].

Au Japon, aussi bien à l'hôpital, qu'en clinique, les salaires sont fixes et varient en fonction du taux horaire, à temps plein ou non, de la spécialité et du grade. De cette façon, la rémunération des médecins est indépendante du volume de soins prodigués aux patients. À cela, il faut ajouter la rémunération des gardes et des heures supplémentaires. Il a été difficile d'en apprendre plus sur les différences de salaires entre le public et le privé mais d'après le Dr Miyazawa, ils sont a priori moins élevés dans le public. En clinique, si le médecin exerce seul, il sera rémunéré à l'acte via les remboursements de la sécurité sociale. Bien entendu, ce dernier pourra employer d'autres médecins qui pourront être en fonction des situations, soit salariés, voire copropriétaires du cabinet.

En France, le médecin exerce habituellement seul, rémunéré à l'acte et au rendement. En effet, depuis 2018, il existe un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) calculé de façon trimestrielle, qu'il est possible d'ajouter aux recettes des médecins généralistes. Il existe également la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) qui peut s'ajouter aux recettes. Dès lors, on pourra parler de mode de rémunération mixte, autrement dit, il combinera des rétributions forfaitaires et à l'acte. Une enquête publiée en 2011, menée auprès de 1 900 médecins généralistes sur l'introduction de nouveaux modes de rémunération (salariat, capitation) montrait des opinions très partagées [35]. L'étude suggérait la mise en place de mode de rémunération mixte offrant un véritable choix au médecin.

Pour finir, le salaire annuel moyen d'un médecin japonais à l'hôpital s'élevait à 14,7 millions de ¥ (soit environ 113 000 €). Le salaire d'un médecin dirigeant une clinique s'élevait à 24,6 millions de ¥ (soit 188 783 €)[8].

Conclusion :

En France comme au Japon, les soins premiers sont prodigués généralement à titre privé. Si l'on analyse la pratique médicale en France, même s'il collabore avec une équipe pluridisciplinaire, le médecin n'exerce pas réellement en binôme ; il est généralement seul au lit du patient. Ceci engendre certaines situations où le médecin est contraint d'accomplir des tâches qui incombent à d'autres professionnels. De ce fait, on comprend que la coordination des soins à l'échelle du patient est possible, mais parfois assez limitée (le travail d'équipe ne s'effectue pas comme au Japon).

Quant au Japon, le médecin fait généralement partie d'une équipe de soin premier, il ajoute une valence supplémentaire et ne travaille qu'en binôme avec l'infirmière. De plus, le financement de l'acte au Japon paraît plus intéressant, permettant une participation du patient, à bas prix et s'adaptant aux revenus, l'âge et la maladie. Cela diminue les dépenses de santé de façon directe. La rémunération des médecins est différente, les médecins français sont souvent moins bien payés que leurs homologues japonais.

5. *Déroulement d'une consultation*

Le médecin généraliste japonais travaille moins que son homologue français en clinique. Tout d'abord, les cliniques sont usuellement ouvertes de 8 h 00 à 17 h 00. Le nombre de patients vu sur une journée est aléatoire étant donné qu'il n'y a pas de rendez-vous. Les temps de consultations sont généralement très courts, entre 6,12 et 10,12 minutes [8]. Lors de nos observations, nous avons pu constater qu'une consultation avec le Dr Miyazawa était un acte très organisé au sein de la clinique. En effet, cela peut probablement s'expliquer par la présence d'un formulaire d'informations médicales rempli préalablement par le patient et la mesure des paramètres vitaux par l'infirmière avant la consultation. De plus, les appels téléphoniques des patients, la présentation de la carte d'assurée et le paiement de la consultation se font au secrétariat, ce qui libère du temps pour la consultation médicale.

Tandis qu'en France, la durée moyenne de consultation est de 14 min et 24 s. La consultation dure 15 min en cabinet non informatisé et 12 min et 50 s en cabinet informatisé [36].

Pour finir, le Japon comptabilise le taux le plus élevé de consultation médicale par personne dans les pays de l'OCDE : 12,7 par an contre 6,9 en moyenne en 2017 [40]. Cela résulte probablement de l'accès direct aux soins.

Conclusion : une organisation rigoureuse serait utile dans chaque cabinet médical ou maison de santé en France pour optimiser les temps de consultation et la prise en charge globale des patients. Concernant la téléconsultation, elle est émergente en France, mais paradoxalement peu développée au Japon. Celle-ci a montré un réel bénéfice, au Royaume Uni, en abolissant les distances, en donnant un gain de temps, en permettant de désengorger les cabinets médicaux.

6. *Suivi de l'enfant*

Le suivi de l'enfant est comparable chez le médecin généraliste français et le médecin généraliste japonais. La pédiatrie est pratiquée par le spécialiste et le médecin de premier recours pour les examens mensuels du nourrisson et les examens cliniques jusqu'à l'âge de 15 ans. Les municipalités organisent les visites médicales recommandées. Les campagnes de dépistage des troubles auditifs et visuels sont efficaces. Les vaccinations sont aujourd'hui obligatoires. Il y a quelques années elles étaient encore fortement recommandées à la différence de certains vaccins en France. En 2018, 99 % des enfants étaient vaccinés pour le diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) et rougeole, contre 96 % en France [53]. Le gouvernement encourage les familles à se diriger vers la même clinique pour la continuité des soins. Le pédiatre dirigera le patient vers un spécialiste si nécessaire.

Conclusion : le système de soins pédiatriques est similaire, il n'y a pas d'obligation d'avoir un pédiatre référent pour l'enfant, le suivi peut être fait par un médecin de soin premier jusqu'à l'âge de 15 ans généralement. Au Japon comme en France, il serait

certainement intéressant d'inciter les autres professionnels de soins premiers, comme les infirmières ou les sages-femmes, d'entreprendre des actions de prévention destinées à leur propre patientèle. Comme par exemple, sensibiliser les patients à se faire vacciner par leur infirmière pourrait libérer du temps de consultation non négligeable pour les pédiatres ou les médecins généralistes.

7. *Suivi de la femme*

Aucun acte gynécologique n'est pratiqué en routine par le médecin généraliste japonais. La consultation se déroule dans une clinique pour « femme ». D'après le Dr Miyazawa, c'est uniquement le gynécologue qui prescrit une contraception orale ou implantée. Les actes tels que les frottis cervico-vaginaux également. En effet, au Japon il n'existe pas de diplôme universitaire qui pourrait se surajouter au cursus médical. Le médecin généraliste n'est pas en première ligne. Cependant, certains médecins de soins primaires effectuent des procédures obstétriques et gynécologiques dans les zones rurales [38]. Parmi les médecins de familles agréés, 23,6 % des médecins fournissent des soins prénatals et postnatals [8]. En raison d'un délai d'attente très long pour obtenir une consultation chez le gynécologue, en France, le médecin généraliste est amené à devoir pratiquer assez couramment cette spécialité de façon modeste. Celui-ci pourra par exemple réaliser des frottis cervico-vaginaux, le suivi de grossesse, la prescription de contraceptifs oraux ou implantés, le suivi de la ménopause, voire parfois des suivis d'infertilité.

Conclusion : On peut se poser la question de la formation à la gynécologie médicale de base (contraception, FCV) chez les médecins de soins premiers au Japon, chez les nouveaux médecins généralistes en France et aux infirmières ou assistantes médicales.

8. *Suivi en psychiatrie*

L'offre de soins en psychiatrie est insuffisante au Japon. D'une part, on dénombre moins de psychiatres, environ 15 000 en France contre 13 000 au Japon. D'autre part, on

dénombrer moins de lits de psychiatrie, à savoir 100 lits pour 100 000 habitants en France, contre 25 lits pour 100 000 habitants japonais [37]. De plus, le système d'accès direct aux soins entraîne parfois un mode aléatoire de prise en charge. En effet, le choix libre du patient peut le conduire à entreprendre une consultation chez le psychiatre pour des problématiques simples, qui pourraient être prises en charge initialement par le praticien de soins primaires. Ce qui se matérialisera par la sollicitation du spécialiste et de ressources importantes en regard des problématiques bénignes rencontrées par le patient [24].

Accessoirement, en France les personnes en situation de dépression consultent souvent leurs médecins généralistes et occupent 15 % à 40 % de leur activité [54]. Ainsi, il serait certainement judicieux de développer au Japon, l'offre de soins ambulatoires en psychiatrie. Par exemple les circuits courts en psychiatrie tels que les centres médico-psychologiques (CMP) ou les centres de liaisons psychiatriques.

Conclusion : La demande croissante des soins en santé mentale face aux problématiques de société comme le taux de suicide le plus élevé au monde, les *burn out* liés à la surcharge de travail, les dépressions dissimulées, les catastrophes naturelles très fréquentes qui entraînent probablement des troubles du stress post-traumatique ; tout ceci conduira probablement à devoir développer le secteur ambulatoire psychiatrique en collaboration directe avec le médecin généraliste.

9. Avenir du soins primaires

L'efficacité des soins primaires reste très vague. En revanche, l'efficacité du système de santé japonais a été décrite dans plusieurs études. Par exemple, l'introduction de la notion de DPC a augmenté l'efficacité technique des hôpitaux publics et privés en réduisant la durée des séjours hospitaliers [51]. En effet, le nombre élevé d'hôpitaux et de lits disponibles à l'échelle nationale, explique les longues durées d'hospitalisations. On peut également souligner le fait que le Japon est le pays présentant les durées d'hospitalisation les plus longues, parmi les pays de l'OCDE.

Le renforcement de l'accès aux soins premiers, la coordination des soins et les ressources économiques devraient améliorer le système de soins. Pourtant, l'accès aux soins premiers reste la principale problématique en raison de l'inégale répartition des médecins et de la faible reconnaissance par les populations des services de soins premiers [55].

La reconnaissance de la médecine générale comme étant la 19ème spécialité certifiée par la *Japanese Medical Specialty Board* permettra une grande avancée du système de soins premiers [8]. Comme en France, cela facilitera le développement de la recherche clinique dans les départements de médecine générale universitaire. Enfin, la législation japonaise donnera probablement un rôle plus important à cette spécialité.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons essayé de respecter au maximum la méthodologie PRISMA, 18 items sur 27 sont respectés. Le score de l'étude est donc de 66%.

La contribution à la recherche des soins premiers japonais est très limitée. De 2001 à 2016, il n'y a eu que 0,15 % d'articles publiés japonais dans les cinq principaux journaux de soins premiers à fort impact [33]. Publier un travail sur le sujet en fait une force en tant que telle.

Après l'ancrage des soins premiers dans quelques années, on pourra probablement mesurer la qualité de ceux-ci en prenant les indicateurs de santé habituels (dépense, expérience du patient, espérance de vie, hospitalisation évitable). En effet, la recherche d'informations a été difficile car, il y a peu de données sur le sujet. De plus, l'évaluation de la pertinence de tous les articles et la double lecture n'ont pas été faites. Cela constitue une faiblesse dans cette étude. Par ailleurs, sur le terrain, la récolte d'informations était difficile : d'une part la barrière de la langue a été un frein et d'autre part la durée du séjour était beaucoup trop courte. Ainsi, les entretiens n'étaient pas suffisamment organisés et les réponses étaient parfois hors-sujet (61% taux de réponse dans les domaines exploités). Néanmoins, nous avons essayé de respecter au maximum la méthodologie COREQ, 22 items sur 32 sont respectés. Le score de l'étude est donc de 68%. (Tableau 4)

Il serait intéressant d'établir un questionnaire validé et traduit à distribuer à plusieurs praticiens japonais pour établir une analyse comparative de type quantitative sur le sujet.

CONCLUSIONS

La médecine générale reste peu développée et peu connue de la population japonaise, il est ainsi difficile d'évaluer son efficacité dans un pays qui montre déjà de bons résultats avec des soins secondaires et tertiaires majeurs. Actuellement, l'accès libre et direct aux soins déséquilibre probablement la relation médecin-malade. Ainsi, il a été intéressant de voir la direction commune qu'empruntent ces deux systèmes de santé bien distincts transitant vers un système hiérarchisé. À l'avenir, c'est probablement ce système qui permettra de créer une relation privilégiée entre le médecin et le malade, qui pour l'instant, existe peu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Gilgenkrantz S. la médecine japonaise d'Edo à Meiji n.d.:10.
- [2] Mossé P, Takeuchi M. Le système de soins japonais: l'impossible et permanente réforme. *ms* 2003;19:223–30.
- [3] Welcome to Ministry of Health, Labour and Welfare n.d. <https://www.mhlw.go.jp/english/> (accessed March 15, 2021).
- [4] Kaneko M, Matsushima M. Current trends in Japanese health care: establishing a system for board-certificated GPs. *Br J Gen Pract* 2017;67:29. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688669>.
- [5] Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2019;20:147. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1040-6>.
- [6] Hutt P. Family medicine in Japan. *Br J Gen Pract* 2009;59:699–701. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X454250>.
- [7] Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Kaneko M, Kise M, Fujinuma Y, et al. Effect of Patient Experience on Bypassing a Primary Care Gatekeeper: a Multicenter Prospective Cohort Study in Japan. *J Gen Intern Med* 2018;33:722–8. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4245-1>.
- [8] Kato D, Ryu H, Matsumoto T, Abe K, Kaneko M, Ko M, et al. Building primary care in Japan: Literature review. *Journal of General and Family Medicine* 2019;20:170–9. <https://doi.org/10.1002/jgf2.252>.
- [9] The Japan Vision: Health Care 2035 Executive Summary n.d.:8.
- [10] Otaki J. Considering primary care in Japan. *Acad Med* 1998;73:662–8. <https://doi.org/10.1097/00001888-199806000-00013>.
- [11] Tsuda T, Aoyama H, Fromm J. Primary health care in Japan and the United States. *Social Science & Medicine* 1994;38:489–95. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90245-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90245-3).
- [12] Watari T, Hirose M, Midlöv P, Tokuda Y, Kanda H, Okayama M, et al. Primary care doctor fostering and clinical research training in Sweden: Implications for Japan. *Journal of General and Family Medicine* 2019;20:4–8. <https://doi.org/10.1002/jgf2.211>.
- [13] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande 2009:6.
- [14] Yamamoto S. At the beginning of a new year. Foreward. *Jpn Hosp* 2008:1–2.

- [15] Kozu T. Medical Education in Japan. *Academic Medicine* 2006;81:7.
- [16] La démographie et la répartition de la population du Japon n.d. <http://www.nihon-bashi.fr/la-demographie-et-la-repartition-du-japon/> (accessed January 17, 2020).
- [17] Matsumoto M, Inoue K, Kajii E, Takeuchi K. Retention of physicians in rural Japan: concerted efforts of the government, prefectures, municipalities and medical schools. *Rural Remote Health* 2010;10:1432.
- [18] International Profiles of Health Care Systems | Commonwealth Fund 2019. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems> (accessed September 11, 2019).
- [19] La sécurité sociale des salariés au Japon 2019. https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_japon_salaries.html (accessed September 30, 2019).
- [20] Ressources pour la santé - Dépenses de santé - OCDE Data. theOECD n.d. <http://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm> (accessed March 10, 2020).
- [21] Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6:e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>.
- [22] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [23] Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2013;23:356–60. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>.
- [24] Fujisawa D, Hashimoto N, Masamune-Koizumi Y, Otsuka K, Tateno M, Okugawa G, et al. Pathway to psychiatric care in Japan: A multicenter observational study. *Int J Ment Health Syst* 2008;2:14. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-14>.
- [25] Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France n.d.;23:7.
- [26] Iwata H, Matsushima M, Watanabe T, Sugiyama Y, Yokobayashi K, Son D, et al. The need for home care physicians in Japan – 2020 to 2060. *BMC Health Services Research* 2020;20:752. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>.
- [27] Cartier T, Bourgueil Y. France. *European Observatory on Health Systems and Policies*; 2015.

- [28] Kadooka Y, Asai A, Enzo A, Okita T. Misuse of emergent healthcare in contemporary Japan. *BMC Emerg Med* 2017;17:23. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0135-4>.
- [29] Kaneko M, Motomura K, Mori H, Ohta R, Matsuzawa H, Shimabukuro A, et al. Gatekeeping function of primary care physicians under Japan's free-access system: a prospective open cohort study involving 14 isolated islands. *Fam Pract* 2018;36:452–9. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz084>.
- [30] Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ* 2016;354:i4803. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4803>.
- [31] Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2019;69:e294–303. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>.
- [32] Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract* 2016;33:112–7. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz087>.
- [33] Aoki T, Fukuhara S. Japanese Representation in High-impact International Primary Care Journals. *An Official Journal of the Japan Primary Care Association* 2017;40:126–30. <https://doi.org/10.14442/generalist.40.126>.
- [34] Ohta R, Ryu Y, Katsube T, Moriwaki Y, Otani J. Students' perceptions of general medicine following community-based medical education in rural Japan. *Journal of General and Family Medicine* 2019;20:236–43. <https://doi.org/10.1002/jgf2.274>.
- [35] Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? *Revue française des affaires sociales* 2011:123–55.
- [36] Chambonet J-Y, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? *European Journal of General Practice* 2000;6:88–92. <https://doi.org/10.3109/13814780009069954>.
- [37] Akiyama T. Profile of psychiatry in Japan. *Int Psychiatry* 2007;4:35–7.
- [38] Shibata A, Kaneko M, Inoue M. Challenges in providing maternity care in remote areas and islands for primary care physicians in Japan: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2018;19:114. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0806-6>.
- [39] Sano H, Goto R, Hamashima C. Does lack of resources impair access to breast and cervical cancer screening in Japan? *PLoS One* 2017;12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180819>.

- [40] Recours aux soins de santé - Consultations médicales - OCDE Data. theOECD n.d. <http://data.oecd.org/fr/healthcare/consultations-medicales.htm> (accessed March 15, 2021).
- [41] Kutzin J. Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? 2011:31.
- [42] Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129–33. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3).
- [43] Dépenses de santé – Tableaux de l'économie française | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676713?sommaire=3696937> (accessed March 10, 2020).
- [44] The promise and peril of universal health care n.d. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510304/> (accessed November 24, 2020).
- [45] Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract* 2011;61:e508-512. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X588484>.
- [46] Ohta R, Ryu Y, Sano C. The Contribution of Citizens to Community-Based Medical Education in Japan: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041575>.
- [47] Ressources pour la santé - Médecins - OCDE Data. theOECD n.d. <http://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm> (accessed March 10, 2020).
- [48] DGOS. Le principe du CESP. Ministère des Solidarités et de la Santé 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp> (accessed October 30, 2020).
- [49] Takamura A, Matsumoto M, Ishikawa S. Rural health in Japan: past and future 2017;17. <https://doi.org/10.22605/RRH4521>.
- [50] Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales: Manuel de statistiques sur la santé et les affaires sociales n.d. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/2-2.html> (accessed October 23, 2019).
- [51] Wang K, Li P, Chen L, Kato K, Kobayashi M, Yamauchi K. Impact of the Japanese diagnosis procedure combination-based payment system in Japan. *J Med Syst* 2010;34:95–100. <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9220-2>.
- [52] Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards croisés sur l'économie* 2009;n° 5:144–58.

- [53] Recours aux soins de santé - Taux de vaccination des enfants - OCDE Data. theOECD n.d. <http://data.oecd.org/fr/healthcare/taux-de-vaccination-des-enfants.htm> (accessed March 10, 2020).
- [54] Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique* 2014;Volume 90:323–9.
- [55] Harada M, Okayama M, Ae R, Kojo T, Aihara M, Kajii E. A Study on Regional Disparities in Access to Inpatient Care, Using the Gini Coefficient. *General Medicine* 2012;13:25–9. <https://doi.org/10.14442/general.13.25>.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: système de santé japonais	11
Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA	15
Figure 3 : Diagramme de flux - entretiens	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description et scores des études	18
Tableau 2 Scores des études PRISMA	51
Tableau 3 Scores des études STROBE	52
Tableau 4 Scores des études COREQ	53

Grille d'évaluation PRISMA.

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

doi:10.1371/journal.pmed.1000100.t001

Grille d'évaluation COREQ (traduction en français).

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Grille d'évaluation STROBE.

	Item number	Recommendation
TITLE and ABSTRACT	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
INTRODUCTION		
Background/ rationale Objectives	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
METHODS		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen, and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
RESULTS		
Participants	13*	(a) Report the numbers of individuals at each stage of the study—e.g., numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (e.g., demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (e.g., average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (e.g., 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—e.g., analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
DISCUSSION		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
OTHER INFORMATION		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give such information separately for cases and controls in case-control studies, and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.
Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of *PLoS Medicine* at <http://www.plosmedicine.org/>, *Annals of Internal Medicine* at <http://www.annals.org/>, and *Epidemiology* at <http://www.epidem.com/>). Separate versions of the checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies are available on the STROBE Web site at <http://www.strobe-statement.org/>.
doi:10.1371/journal.pmed.0040297.t001

Tableau 2 Scores des études PRISMA

Items	Rosano	Sripa	Thèse
1	X	X	x
2		X	x
3	X	X	x
4	X		x
5	X	X	x
6	X	X	x
7		X	x
8	X	X	x
9	X	X	x
10	X	X	x
11	X	X	
12	X		
13		X	
14		X	
15	X	X	x
16			
17		X	x
18		X	x
19			
20	X	X	
21		X	x
22		X	
23		X	
24	X	X	x
25	X	X	x
26	X	X	x
27		X	x
Scores	15/27 = 55 %	23/27 = 85 %	18/27 = 66%

Tableau 3 Scores des études STROBE

Item Ar- ticles	Fujisawa	Aoki 2016	Kaneko	Aoki 2018	Barlet	Chambonet	Ohta	Iwata	Yoshida
Item 1	x	x	x	x				x	x
Item 2	x	x	x	x	x		x	x	x
Item 3	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 4	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 5	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 6	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 7	x	x	x	x	x		x		
Item 8			x	x	x		x	x	x
Item 9	x	x	x	x		x	x	x	x
Item 10	x	x					x		x
Item 11	x	x	x	x	x		x	x	x
Item 12	x	x	x		x		x	x	
Item 13	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 14	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 15	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 16			x	x	x	x	x	x	
Item 17			x	x	x		x		
Item 18	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 20	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 21	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 22	x	x	x	x			x	x	x
Scores	86%	86%	95%	86%	77%	63%	95%	82%	86%

Tableau 4 Scores des études COREQ

Article	Shibata	Thèse
Item 1	x	x
Item 2	x	x
Item 3	x	x
Item 4		x
Item 5		x
Item 6		x
Item 7	x	x
Item 8	x	
Item 9	x	x
Item 10	x	x
Item 11	x	x
Item 12	x	x
Item 13	x	x
Item 14	x	x
Item 15		x
Item 16	x	x
Item 17	x	
Item 18		
Item 19		x
Item 20		x
Item 21	x	x
Item 22	x	
Item 23	x	
Item 24		
Item 25	x	
Item 26	x	
Item 27	x	
Item 28	x	
Item 29	x	x
Item 30	x	x
Item 31	x	x
Item 32	x	x
Score	72%	68%

Entretien 1 : Observations et questions lors de consultations à la clinique du Tohoku avec le Dr Miyazawa

Explications après une consultation en japonais :

Dr Miyazawa : « Donc, ici j'ai fait l'ordonnance pour la prise de sang, j'ai donné le résultat de la dernière fois et je lui ai montré le résultat de l'évolution, ce sont les résultats d'il y a plusieurs années d'ailleurs. Là, c'est son ordonnance de médicaments on peut copier-coller, mais on m'a dit qu'il ne fallait pas copier-coller maintenant, car cela peut poser un problème à la sécurité sociale. Si on regarde bien l'ordonnance il est écrit : une fois par jour mais il ne marque pas combien de comprimés par prise. En fait, maintenant, il faut le faire sinon la sécurité sociale nous embête »

« Donc, là on lui donne une explication sur ses médicaments et on lui explique la prise de sang qu'on va lui faire tout de suite donc à jeun sans manger le midi et là en attendant on peut voir que l'imprimante nous sort l'ordonnance avec les photos du médicament et les consignes associées »

Enquêteur : et la pharmacie délivrera les médicaments alors ?

Dr Miyazawa : « alors non, la délivrance se fait ici dans cette clinique »

Enquêteur : ah oui donc c'est ici qu'ils récupèrent leurs traitements.

Dr Miyazawa : « Oui, en fait c'est la pharmacie qui réalise ce papier avec mon ordonnance que j'ai préalablement faxé, mais ici c'est particulier on a une pharmacie interne avec les médicaments de l'hôpital, on est livré par les pharmaciens et l'infirmière prépare les médicaments, elle me les montre et je vérifie s'il n'y a pas d'erreurs. Par exemple : là, il n'y a que trois boîtes de ce médicament donc on va lui délivrer et lui demander de revenir pour prendre la dernière boîte, on va en commander. On n'a pas beaucoup d'avance pour les traitements. Sinon en temps normal, le patient va à la pharmacie la plus proche pour la délivrance des médicaments, du coup on doit commander régulièrement les traitements.

Par ailleurs, la consultation se déroule de façon classique avec mon observation et une conclusion, toujours en prenant soin de faire de l'éducation thérapeutique et de rappeler les règles hygiéno-diététiques, par exemple pour ce patient avec hypercholestérolémie, je sais qu'il ne fait pas beaucoup d'exercices, il va au travail en voiture et il marche que 6000 pas par jour. Ensuite, là on doit lister les maladies pour la sécurité sociale pour justifier l'ordonnance »

Enquêteur : alors, tout est codifié ?

Dr Miyazawa : « oui, pendant que je fais ça, le patient retourne en salle d'attente, l'infirmière finit la préparation des médicaments et elle va lui expliquer tout ce qu'il faut »

Enquêteur : j'ai du mal à comprendre, dans quel cas ils vont à la pharmacie directement ?

Dr Miyazawa : « quand le traitement n'est pas directement disponible. Dans ce cas il y a des frais d'ordonnances, il y a les frais de la sécurité sociale pour la rédaction d'une ordonnance et les frais du pharmacien pour la préparation des traitements et la délivrance donc deux actes distincts. Donc, ça coûte plus cher, mais en principe c'est mieux de faire comme ça, avant la délivrance se faisait uniquement dans les cliniques et ça peut créer des liens financiers entre laboratoires et médecins alors ça permet d'éviter cela et au moins le patient va dans n'importe quelle pharmacie indépendante. Cependant, quand je travaille à l'hôpital universitaire, tous les médicaments sont délivrés à l'extérieur sauf quelques traitements à délivrance uniquement hospitalière »

Autre consultation :

Dr Miyazawa : donc c'est une femme de 22 ans avec une Température à 36,4, elle vient pour un écoulement nasal

(Consultation en japonais)

Dr Miyazawa : « là c'était un rhume, elle n'est pas encore vaccinée contre la grippe, elle a le nez qui coule et qui est souvent bouché, elle m'a dit qu'il se débouchait quand elle mange elle n'a pas d'allergie, elle ne tousse pas, elle n'a pas de fièvre, pas de myalgies quand elle a un rhume ça dure toujours longtemps, pas d'inflammation des amygdales, elle n'a pas d'adénopathies. Donc, je lui ai dit de se couvrir la gorge, boire des boissons chaudes et de prendre un médicament global pour le rhume et un anti histaminique pour le nez qui coule, mais en principe là on ne doit rien mettre, car c'est souvent pour l'asthme ou la rhinite allergique ces traitements. Ainsi pour codifier, je dois préciser pathologie inflammatoire des voies aériennes respiratoires hautes et préciser également que c'est une maladie transitoire et comme je lui ai mis un anti allergique je suis obligé d'écrire qu'elle a une rhinite allergique. Voilà l'infirmière a préparé les médicaments puis je compte bien qu'il y ait le bon nombre et c'est bon »

Dr Miyazawa : « aujourd'hui par exemple si je regarde bien nous n'avons pas eu beaucoup de patients, juste huit depuis ce matin, mais il y a eu énormément de vaccinations, j'en pratique vingt en 15-20 minutes chaque heure pendant l'après-midi. Une tournée à 13 h 30 ; une tournée à 14 h 30 et ainsi de suite »

Enquêteur : la population âgée est assez particulière au Japon, non ?

Dr Miyazawa : « En fait, les personnes âgées au Japon quand ils prennent leurs retraites, ils tombent malade assez facilement, en général après un premier travail, ils font un deuxième travail, un peu plus léger, quelque chose d'administratif ou manuel mais très léger. Il y a une reconversion assez systématique. Ça leur permet de garder une activité physique et une autonomie pendant quelques années, ils pratiquent tous la chanson de la locomotive (« le syndrome de la locomotive ») et font de la gymnastique à la maison. Alors, la chanson de la locomotive, c'est une chanson qui dit : on ne peut plus traverser le passage piéton, on ne peut plus monter les escaliers sans tenir la rampe, on ne peut plus tenir sur un pied, on ne peut plus porter de choses lourdes, on trébuche chez soi... et cette

gymnastique est diffusée tous les jours à la radio depuis la fin de la seconde guerre mondiale sur la chaîne « *radio NHK* » avec des exercices à faire debout ou assis, ça passe deux fois par jour. Ensuite, il y a l'alimentation, riche en protéine et graisse végétale »

Enquêteur : malgré l'huile, etc. cela reste équilibré ?

Dr Miyazawa : « non, soupe de nouilles, poulet grillé, riz avec soupe de miso, mais le repas japonais est souvent très salé, mais souvent très équilibré, il n'y a pas de dessert globalement. On peut aussi dire que la population âgée augmente depuis la seconde guerre mondiale, car à la fin dans les 1950 il y avait beaucoup de cas de tuberculose et son incidence a diminué petit à petit et avec le baby-boom, on se retrouve avec beaucoup de personnes âgées. Par ailleurs : je vous montre une statistique sur l'emploi des personnes âgées, les femmes sont pas mal employées, le nombre de personnes âgées augmentent et le pourcentage de travailleurs parmi les personnes âgées également. Donc, ici vous avez les personnes de 70 ans et plus chez les hommes et chez les femmes, il y en a 20 % qui ont encore une activité vous voyez, 65 et plus il y a 30 %. Alors, en France ils se plaignent de l'âge de la retraite qui est à 62 ans, mais ici la retraite c'est à 65 ans et entre 62 ans et 65 ans on peut s'arrêter de travailler, mais on ne touche rien du tout. Notre hôpital, c'est 70 ans. Et donc pour les gens de 60 à 64 ans il y en a quand même 75 % qui travaillent et parmi les femmes il y en a 50 % et je précise bien parmi les personnes âgées. Parmi les femmes il y a 10 % de travailleurs qui ont plus de 65 ans et parmi les travailleurs en tout il y a 11 % qui ont plus de 65 ans.

Enquêteur: oui j'ai remarqué qu'ils ne faisaient pas de travaux qualifiés, gardien de parking, circulation autour des travaux publiques, travail dans le métro.

(Consultation en japonais)

Enquêteur : comment se fait le suivi de l'enfant ?

Dr Miyazawa : « concernant les visites médicales, si on débute de la naissance, il y a une visite avant la sortie de la maternité, on a une visite à un mois, puis à 3/4 mois, puis 5/6 mois, 8/9 mois, un an puis à un an et demi, avec une visite au centre municipal avec un docteur qui vient spécialement et fait la visite de tous les enfants qui sont nés dans le quartier, c'est sectorisé par adresse. Il y a des infirmières, un docteur, un dentiste, des professionnels du dépistage des troubles auditifs et visuels. On a également un cours sur le sevrage du nourrisson, sur l'alimentation du nourrisson et on vérifie que le développement est harmonieux. »

Enquêteur : concernant l'allaitement, il y en a beaucoup ici ?

Dr Miyazawa : « Oui, la plupart des gens allaitent sauf contre-indication mais après tout dépend s'ils travaillent ou pas, mais ici ça peut être très facilement au-dessus de six mois. C'est beaucoup plus qu'en France. Enfin on a la visite à deux ans et demi, on a une visite à trois ans et sept mois puis à cinq ans c'est la visite avant d'entrer à l'école pour vérifier que le développement psycho moteur est harmonieux et surtout pour dépister des troubles autistiques. Je pense que les enfants sont beaucoup plus dépistés qu'en France et beaucoup plus rapidement. On peut aussi dire qu'à la maternelle ils ont une visite annuelle et un examen dentaire annuel ; à l'école c'est la même chose jusqu'au collège et après s'ils

sont étudiants, ils ont une visite annuelle et s'ils ne sont pas étudiants, si ce sont des travailleurs qui n'ont pas de visite annuelle dans leur lieu de travail alors ils peuvent passer au travers des filets et ne pas avoir de suivi médical et c'est ce qu'on redoute. Ici tous les citoyens ont le droit à une visite et il faut postuler à l'aide d'un document que la sécurité sociale nous envoie à partir du 1er avril et ainsi, jusqu'au mois de novembre on peut avoir une visite médicale ordinaire pour les gens qui ont plus de 75 ans et pour ceux qui ont entre 35 et 39 ans une visite également. Sinon, c'est une visite de dépistage des cancers : cancer de l'estomac, cancer de l'utérus, cancer du sein, tuberculose et cancer du poumon et cancer du côlon. Par exemple : pour le cancer de l'estomac l'examen qui est indiqué c'est le transit baryté. En effet, il y a beaucoup de cancer de l'estomac au Japon ainsi ils ont mis en place un dépistage systématique. C'est un dépistage systématique pour les gens qui le demandent, c'est proposé à toutes les personnes à partir de l'âge de 35 ans. En effet, pour le cancer de l'utérus c'est à partir de 20 ans et si l'on est trois fois de suite négatif c'est un dépistage tous les trois ans et il n'y a pas d'âge limite de dépistage alors qu'en France on s'arrête généralement à 69 ans ou 74 ans. Ensuite, par exemple pour le cancer du sein c'est à partir de 30 ans, au début c'est simplement une palpation puis c'est une mammographie à partir de l'âge de 40 ans s'il n'y a pas de problème c'est tous les deux ans ; pour le cancer du poumon c'est un examen de dépistage à partir de 40 ans ; pour le cancer du côlon c'est un *Hemoccult*® à partir de 40 ans.

Ensuite, pour les gens qui ont entre 40 et 75 ans ce n'est plus une visite ordinaire c'est une visite qui comprend la recherche de diabète et de cholestérols parce que c'est une visite de dépistages de troubles métaboliques et s'il y a une anomalie la personne sera convoquée pour une éducation des règles hygiéno-diététique, soit sur un mode individuel soit en groupe.

Ainsi voilà un peu le formulaire à remplir il y a un emplacement pour toute la famille avec le listage des membres de la famille à noter et ensuite on envoie ce formulaire en cochant les cases de ce qu'on veut comme examen. Alors, il y a des frais à payer si l'on fait partie de l'assurance maladie des salariés ou de l'Assurance Maladie de la ville, cependant c'est gratuit pour certains régimes comme les régimes des sans-emplois, des personnes âgées et autres ayants droit. Par contre, si une personne va à l'hôpital pour avoir tous les examens de prévention alors payer la totalité des frais des examens. Pour le dentiste c'est le même principe on reçoit des formulaires de la sécurité sociale et à partir de 50 ans on reçoit également un formulaire pour le dépistage de l'ostéoporose. »

Enquêteur : Concernant les déserts médicaux, c'est un peu la même situation qu'en Europe, la population vieillit et il y a toujours un problème d'accès aux soins.

Dr Miyazawa : aujourd'hui dans les universités il envoie les jeunes étudiants pendant six mois un an dans des zones où il n'y a pas beaucoup de médecins, c'est ce système qui corrige les inégalités démographiques de l'exercice médical.

Enquêteur : est-ce obligatoire ?

Dr Miyazawa : non, c'est-à-dire que si le chef de service nous demande d'y aller travailler c'est un accord entre nous en tant que médecin et le chef, ainsi on ne peut pas dire non.

En revanche, ils vont éviter d'envoyer quelqu'un par exemple une femme enceinte. Au Japon les femmes ont beaucoup moins de possibilité de travail, il y a entre 10 et 20 % de femmes dans les facultés de médecine. Ce chiffre est expliqué par la pénibilité du travail à l'hôpital et pour une femme c'est compliqué de se faire remplacer. Ainsi les médecins ne prennent pas beaucoup de vacances et quand on a des enfants c'est compliqué, car l'école finit assez tôt.

Enquêteur : est-ce que pouvez me parler des vaccinations ?

Dr Miyazawa : « Alors, il y a un calendrier de vaccination, presque équivalent au français. Il y a quelques temps la vaccination était largement conseillée, mais maintenant elles sont devenues obligatoires. Il y a tout d'abord le BCG, l'Haemophilus, le pneumocoque, l'hépatite B, le ROR, le DTPC. Tout commence à la naissance avec le BCG à faire, car il y a vraiment eu beaucoup de cas de tuberculose au Japon, à partir d'un mois on peut faire le DTPC avec deux rappels à un mois d'intervalle et un rappel à un an, puis un rappel à six ans et 11 ans ensuite les vaccinations s'arrêtent. Au Japon il n'y a plus de rappel à faire après 11 ans. Cependant, s'il y a un risque (comme par exemple, aller déblayer du sol, des gravats, pendant les catastrophes naturelles) alors on peut le proposer, du coup c'est au cas par cas. Le taux de vaccination est beaucoup mieux qu'en France, car les patients ne ratent pas leurs visites généralement. »

(Consultation en japonais)

Enquêteur : comment les patients achètent-ils leurs médicaments ?

Dr Miyazawa : « C'est similaire à la France, les patients vont récupérer leurs traitements à la pharmacie dans la plupart des cas. Cependant, en clinique universitaire, on travaille avec l'hôpital universitaire et la pharmacie centrale qui nous ravitaille quand on a besoin de médicaments. Dans la plupart des cas quand je fais une prescription, je donne le traitement au patient directement avec le nombre de cachets exacts. S'il y en a pas en stock alors le patient ira en pharmacie chercher son traitement. L'inconvénient ici c'est que le patient a accès à n'importe quel clinique, hôpital ou pharmacie alors parfois quand on voit un patient pour la première fois, il ne connaît pas son traitement au long cours et nous n'avons pas vraiment de moyen de le savoir. Il y a tout de même un système qui vient d'être mis en place avec un mini bloc note à présenter en pharmacie pour chaque patient dans lequel le pharmacien note la délivrance des traitements, ça permet d'avoir un œil sur les traitements qu'ils prennent. C'est assez compliqué et ça pose des problèmes parfois, notamment avec la prescription de stupéfiants... »

Enquêteur: comment le patient paie sa consultation ?

Dr Miyazawa : « Si je le fais faire un test sans écrire le nom de la maladie par exemple j'ai mis « recherche de grippe » mais elle n'avait pas la grippe il faudra noter « suspicion grippe » pour être remboursé du test et ensuite on mettra que la suspicion est terminée parce qu'on a fait le test il était négatif. Il faut toujours justifier la prescription. C'est impératif sinon la clinique n'est pas remboursée et le directeur sera dans l'embarras. Par exemple : aujourd'hui à la première visite pour cette maladie cela fait 288 points, en fait un point c'est 10 yens donc elle devrait payer 2880 yens puis avec 30 % elle devrait payer

environ 900 yens. L'analyse d'urine ça faisait 26 points, 160 yens une fois par jour 361 yens ensuite l'antibiotique une fois par jour cela faisait 361 yens pendant cinq jours. Ensuite, il y a le fait que j'ai fait une ordonnance, il y a aussi les renseignements sur les médicaments ça fait 100 yens. Donc, sur les 5500 elle devrait payer que 30 % donc 1670 yens et comme c'est une étudiante ici elle aura une réduction en plus et paiera seulement 550 yens. Donc le système fonctionne à l'acte, tout dépend si on a des examens et prises de sang. Quand on fait une 2ème visite pour la même maladie, on paye moins. »

Enquêteur: concernant la gynécologie ?

Dr Miyazawa : « c'est le gynécologue qui fait tout, suivi de grossesse, frottis, prescription de contraceptions, interruption volontaire de grossesses, etc. Mais cela coûte très cher, par exemple pour la contraception, rien n'est remboursé, parce que ce n'est pas en rapport avec une maladie et l'interruption volontaire de grossesses coûte vraiment très cher ici. Par exemple, pour une consultation classique, on attend devant la porte du docteur, on rentre, elle nous demande pourquoi vient-on ? On l'a déjà noté sur un papier normalement et ensuite c'est très très rapide, elle nous examine, elle fait un geste et ensuite c'est fini ou alors on a une explication et on repart. On a 10 minutes max alors que parfois on veut des explications, mais non, c'est rapide quand même. Lors de la consultation, il y a un rideau qui traverse la patiente et qui sépare le docteur qui examine le pelvis, ainsi on ne le voit pas, je pense que c'est fait pour qu'ensuite il n'y ait pas d'arrière pensées ni d'un côté ni de l'autre. Cependant, pour les étrangères qui se font examiner cela est particulier, parfois elles ne comprennent pas et sont inquiètes quand on ne leur explique pas. Au Japon quand c'est un homme qui examine il y a une infirmière sur place très souvent, il y a souvent une assistante également. C'est d'ailleurs elle qui fait les explications généralement. »

Enquêteur: merci pour ces informations, et la pédiatrie ?

Dr Miyazawa : « Quand on accouche il y a un pédiatre à l'hôpital qui examine les enfants, alors soit un pédiatre sur place ou un pédiatre qui vient d'une autre clinique. On retrouve la pédiatrie en hospitalier ou en clinique. L'enfant sort ensuite de l'hôpital et la première visite des « un mois » se fait à l'endroit où on a accouché et par la suite c'est fait par le pédiatre du quartier. Il n'y a que le pédiatre qui voit les enfants, généralement jusqu'à 15 ans. Ensuite, on est considéré à partir de 16 ans à l'entrée du lycée comme adulte. La majorité ici c'est 20 ans, enfin c'était 20 ans et c'est passé à 18 ans pour les élections et pour l'alcool et le tabac ça reste 20 ans. Pour la nationalité c'est 22 ans. Il y a un hôpital pédiatrique à Sendai, ça m'est déjà arrivé d'y aller pour interpréter pour les enfants d'étrangers. »

Enquêteur : et en psychiatrie est ce qu'il y a des spécificités ?

Dr Miyazawa : « En France, on privilégie le suivi ambulatoire chez les patients psychiatriques dans la limite du possible, on essaye de les insérer dans la vie, de les suivre en ambulatoire, on leur propose des appartements thérapeutiques. Au Japon, c'est toujours l'hospitalisation et la psychiatrie n'est pas sectorisée. Ici c'est culturel, il y a encore un discrédit sur la maladie psychiatrique, il y a un tabou autour de ça pour les familles. Généralement les patients sont hospitalisés longtemps et souvent les patients reviennent. Parfois ils sont même refusés de certains établissements. Il y a les hospitalisations libres, à la demande d'un tiers et d'office comme en France même si cela a changé je pense. Pour la contention, il faut informer la famille qu'en cas d'agitation on aura peut-être recours à cette

méthode et qu'on l'utilisera le minimum d'heures nécessaires, il faut la prescrire et avoir l'accord de la famille signé. On leur explique les effets indésirables et il faut aussi préciser : les mains, les pieds, le ventre... Par ailleurs, il y a aussi le *rich sensor*, quand le malade bouge du lit, il y a un détecteur de mouvements qui signale tout dans le bureau infirmier et on est capable de savoir si le patient est sorti de sa chambre ou pas. »

Entretien 2 : résumé des réponses du Dr Masahiro Yao

Q1. Free access

Free access is good for the younger generation with simpler problems. Not good for frail elderly patients with multimorbidity or mental health issues.

Q2. Healthcost expenditure

Primary Care can reduce health care cost, by total management, such as de-prescribe medications, care-coordinations, and avoid preventable hospital admissions.

Q3. Primary Care Access

Relatively good but for imigrants with language/cultural gap, even basic primary care cannot be provided appropriately.

Q4. JPCA certification for GP Determination of primary care doctors.

JPCA is acadmic insutitution

KAKARITSUKE-I is a former name for doctors who provide primary care. Sougou-Shinryo-Sennmoni: 2019

Q5. Payment method

Age and income

at most 30% payment for each visit or treatment. outpatient/inpatient.

Q6. DPC system,

Diagnosis and Procedure Complex? combined? Payment is determined by the reason

Q7. Scope of practice

It depends on practice. Rural setting vs Urban setting Psychiatry vs Anxiety, Depression Schizophrenia Gynecology vs papsmear xxx

AUTEUR : Nom : BOUKRIM

Prénom : Sofian

Date de soutenance : 27 mai 2021

Titre de la thèse : La médecine générale au Japon : une étude comparative avec la France

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : France, Japon, médecins généralistes, soins premiers, comparaisons, dépenses santé, coordinations des soins, accès aux soins

Contexte : la médecine générale est une spécialité émergente au Japon, un pays, où les dépenses de santé augmentent principalement en raison du vieillissement rapide de la population.

Objectif : cette étude avait pour objet de comparer dans la littérature les soins de santé primaires au Japon et en France et de vérifier cette comparaison dans le quotidien des médecins généralistes japonais.

Méthodes : les bases de données MEDLINE et la Cochrane Library ont fait l'objet d'une recherche d'articles pertinents à l'aide d'une stratégie de recherche. Des entretiens libres ont été réalisés avec des médecins généralistes japonais.

Résultats : les recherches dans les bases de données électroniques ont permis de retrouver 155 références. 22 études répondaient aux critères d'inclusions. Au Japon, l'accès à tous les niveaux de soins est libre et le soin premier est prodigué majoritairement par les spécialistes d'organes. On dénombre 672 médecins généralistes sur le territoire japonais. Les soins premiers sont fournis en clinique et à l'hôpital. En 2018, la médecine générale a fait l'objet d'une certification en tant que spécialité académique. Le développement de la médecine générale orientée vers les soins premiers, est une réponse au vieillissement de la population, à la pénurie de médecins et aux dépenses de santé élevées. Concernant les entretiens : deux entretiens ont été réalisés avec des médecins généralistes japonais. Les réponses ont conforté nos recherches.

Conclusions : En France, le médecin généraliste a une relation privilégiée avec le patient. Le développement de la médecine générale contribuera à pallier le déséquilibre existant au sein de la relation médecin-malade au Japon.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric HACHULLA

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN – Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT