



HAL
open science

Perception des médecins généralistes de la Côte d'Azur sur l'évolution de l'exercice libéral et les changements à venir

Slim Yacoub

► To cite this version:

Slim Yacoub. Perception des médecins généralistes de la Côte d'Azur sur l'évolution de l'exercice libéral et les changements à venir. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04565644

HAL Id: dumas-04565644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04565644v1>

Submitted on 2 May 2024

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

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

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
ANNÉE 2024



THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA CÔTE
D'AZUR SUR L'ÉVOLUTION DE L'EXERCICE LIBÉRAL
ET LES CHANGEMENTS À VENIR**

Présentée et soutenue le 18 avril 2024,
À la faculté de Médecine de Nice

Par **Slim YACOUB**

Né le 16/04/1992, à Antibes (06)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Renaud FERRIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Geoffrey BOURON



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Doyen

Pr. Jean DELLAMONICA

Vice-doyennes

Pédagogie

Pr. Véronique ALUNNI

Recherche

Pr. Barbara SEITZ-POLSKI

Relations internationales

Pr Fanny BUREL-VANDEBOS

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

Doyens Honoraires

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophtalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie (55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51,01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIEET	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale (53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence (48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie (49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence (48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie (49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)
 Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)
 Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)
 M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)
 M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)
 Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA
			M.	Pierre	TOULON



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du Jury,

À Monsieur le **Professeur DARMON David**, merci de l'honneur que vous me faites en présidant ce Jury.

À Monsieur le **Docteur FERRIER Renaud**, merci de ta présence dans ce Jury et surtout, merci de ton implication pour la profession.

À Monsieur le **Docteur BOURON Geoffrey**, merci de m'avoir motivé à faire ce travail et pour tes conseils tout au long de cette thèse.

À ma famille et mes amis

À mes parents, merci de m'avoir poussé vers les études. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

À mes frères, Béchir et Sami, qui m'ont soutenu durant toutes ces années.

À ma femme, Elixène, merci d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir soutenu (et supporté) durant toutes ces années. Je suis fier de ce que tu es devenu et de ce que tu as accompli... Chère Maître !

À Kévin et Nadjib, qui sont comme mes frères. Merci d'avoir été présents, même en étant loin.

À l'artiste Abderrahim, depuis le lycée jusqu'à ce jour, du lycée Audiberti jusqu'au banc de la fac de Marseille puis de Nice, on a eu le même parcours. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

À tous les confrères que j'ai rencontrés,

Aux Docteurs MELLERIN Ianis et DUPRE-BALLEYTE Catherine qui m'ont accueilli dans leur cabinet lors de mon tout premier stage d'internat. Merci Ianis pour ta gentillesse, ta patience et tous les conseils que tu m'as donnés, qui m'aident encore aujourd'hui. Merci Catherine pour ta bienveillance, pour tout ce que tu m'as appris. Tes patients ont beaucoup de chance de t'avoir.

Aux Docteurs MANI Alix et Clément, BIESTRO, TRANCART, PAUILLAC, PEPINEAU que j'ai eu la chance de connaître durant mes remplacements à Biot. Et aussi à la belle équipe de ce cabinet.

À tous ceux qui m'ont formé à l'hôpital durant mon internat, en particulier aux médecins des services d'oncologie, hépato-gastro-entérologie, d'urgences et de pédiatrie de l'hôpital d'Antibes.

À tous mes co-internes qui se reconnaîtront.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Une pensée particulière pour le Docteur BOUSSAC Benjamin. Tu m'as accueilli pendant mon semestre en oncohématologie. Tu m'as formé et soutenu pendant tout ce stage qui pouvait parfois être difficile. Par la suite, tu es surtout devenu un ami que j'appréciais beaucoup. Je n'oublierai pas les fous rires en stages, dès les premières minutes de mon arrivée avec Abde et les conversations qu'on pouvait avoir sur les montres, voitures, musiques, etc. J'aurais aimé que tu sois présent aujourd'hui, mais la vie en a décidé autrement. Repose en paix.

Liste des abréviations

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Sommaire

Introduction	19
I. Généralités	19
II. Histoire de la médecine générale	19
III. Évolution démographique et professionnelle	19
IV. Facteurs influençant l'installation des jeunes médecins	20
V. Évolution des besoins et attentes des patients	21
VI. Ce qui est proposé par les instances publiques	21
VII. Les modes de rémunération actuels	22
VIII. Impact de ces mesures sur les médecins généralistes	22
Matériel et méthode	23
I. Type d'étude et justification	23
II. Protocole : population étudiée, caractéristiques de l'échantillon	23
III. Élaboration des questionnaires	24
IV. Les entretiens, recueil et analyse des données et méthodologie	24
V. Éthique	25
Résultats	27
I. Caractéristique de la population étudiée	27
II. Parcours professionnel	28
1. Avant l'installation	28
III. Exercice libéral	28
1. Pourquoi les médecins interrogés ont choisi l'exercice libéral	28
2. Charge de travail	31
3. Inconvénients de ce mode d'exercice	32
IV. Évolution des attentes des patients	33
1. Surconsommation de soins	33
2. Accroissement des demandes hors consultation	34
3. Dévalorisation des compétences du médecin généraliste	35
4. Sensation de difficulté pour fournir des soins de bonne qualité	35

V.	Exercice sous surveillance	36
1.	Pression de l'assureur via les ROSP	36
2.	Contrôles statistiques	36
VI.	Procédures à l'encontre des médecins	37
1.	Les médecins les plus « expérimentés » moins inquiétés	37
2.	Les principales plaintes concernant des certificats	37
3.	Conséquences	37
4.	Notation Google	38
VII.	Délégation des compétences : qu'en pensent les médecins ?	38
1.	Infirmier(e) en pratique avancé(e) (IPA)	38
2.	Assistants médicaux	41
3.	Pharmaciens prescripteurs	42
4.	Vaccination ouverte à partir de 16 ans aux paramédicaux	43
5.	CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)	43
6.	Continuité des soins	45
7.	Développement de la téléconsultation et des télécabines	46
8.	Coercition	46
VIII.	Niveau et modes de rémunération	47
1.	Niveau de rémunération	47
2.	Modes de rémunération	50
IX.	Comparaison aux autres systèmes de santé	53
1.	Peu de connaissance sur les autres systèmes de santé	53
2.	Des idées intéressantes à importer	53
3.	Perçu parfois comme une porte de sortie	54
X.	Rendre attractive la médecine générale et améliorer l'accès aux soins	54
1.	Une meilleure rémunération	54
2.	Valoriser les consultations longues ou complexes	55
3.	Reconnaissance au même titre que les autres spécialités	55
4.	Diminuer la charge administrative	55
5.	Allègement de la fiscalité et des charges sociales	56
6.	Protection juridique	56
7.	Éducation des patients	56
Discussion		59
I.	Exposition du résultat principal de l'étude	59

1.	Attachement à l'exercice libéral _____	59
2.	Impression de surconsommation en soins chez quasiment tous les médecins _____	59
3.	Sentiment de manque de reconnaissance _____	60
4.	Avis très partagé sur la délégation des tâches _____	60
5.	Part administrative des consultations (certificat) _____	62
6.	Souhait général d'une revalorisation _____	62
7.	Question complexe concernant les modes de rémunération _____	63
II.	Confrontation des résultats aux données connues de la littérature _____	63
1.	Surconsommation en soin et exigence des patients _____	64
2.	Part administrative _____	64
3.	Délégation des tâches _____	65
4.	Les modes de rémunération _____	66
5.	Les niveaux de rémunération _____	67
III.	Discussion des données non significatives et/ou divergentes _____	68
1.	Le Royaume-Unis _____	68
2.	L'Allemagne _____	69
IV.	Exposition des biais et limites de l'étude (validité interne) _____	70
V.	Conclusion avec perspectives du travail _____	71
	Références _____	73
	Annexes _____	81
	Serment d'Hippocrate _____	87
	Résumé _____	89
	Abstract _____	91

Introduction

I. Généralités

Le système de santé français fait face à un défi majeur avec la recherche de solutions concernant les déserts médicaux. Il existe un déficit de médecins généralistes (MG) qui ne concerne pas seulement les milieux ruraux, mais également les centres urbains comme Paris et les quartiers populaires (1). L'ancienne génération de MG qui part à la retraite est remplacée par de nouveaux médecins qui souhaitent un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

II. Histoire de la médecine générale

L'organisation des soins de santé en France a toujours été un défi. Dès 1940, le « Conseil Supérieur des Médecins » a été établi sous le régime de Vichy, mais c'est en 1945 que l'Ordre des médecins, tel que nous le connaissons aujourd'hui, a été créé (2). Dans les années 1950 et 1960, la question de l'accès aux soins dans les zones rurales se posait déjà, ces dernières étant moins attractives pour les médecins en raison de la charge de travail considérable (3). La médecine générale, longtemps perçue comme une « non-spécialité », a connu un tournant en 1982 avec la disparition du Certificat d'Étude spécialisée (CES), remplacé par un cursus de spécialisation via l'internat et le résidanat de médecine générale. C'est à partir de 2004 que le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales (4) remplace le Concours de l'internat par les Épreuves Classantes Nationales (ECN). La médecine générale accède au statut académique de spécialité médicale. Toutefois, malgré ces avancées, une dialectique persiste entre les notions de « spécialiste » et de « généraliste », reflétant une dichotomie profondément ancrée dans le paysage médical (5). Récemment, le décret du 30 septembre 2021 (6) met fin aux ECN. Les épreuves de fin de second cycle se déroulent désormais sur l'année entière avec les EDN (épreuves dématérialisées nationales, 60% de la note), les ECOS (examens cliniques objectifs et structurés, 30%) et la note du parcours universitaire (10 %).

III. Évolution démographique et professionnelle

Au 1^{er} janvier 2023, 234 028 médecins au totale étaient en **activité**, soit une augmentation de 8,5 % par rapport à 2010, tandis que celui en activité **régulière** a lui baissé de 1,3 %. Entre 2010 et 2023, l'effectif de spécialistes médicaux hors MG a augmenté de 17,9 % tandis que l'effectif de MG a baissé de 2 % sur la même période. En proportion, les MG représentaient 48% des

effectifs contre 43,3% en 2023. La part des médecins toute spécialité confondue en **activité régulière** est passée de 93 % à 84 % sur la même période. Cette tendance est expliquée par l'augmentation de la part des actifs intermittents et des retraités actifs (7).

La profession connaît une augmentation du taux de féminisation : elle est de 48,8 % en 2023 contre 40,1 % en 2010, soit une augmentation de 8,7 %. Cela est d'autant plus vrai chez les médecins en activité **régulière** puisqu'elle passe de 40 % à 51,5 % en 2023. L'âge moyen des médecins sur la période a peu évolué pour ceux en **activité**. Cependant, pour ceux en activité **régulière**, elle est passée de 50,2 ans en 2010 à 48,6 ans en 2023 (7).

L'exercice libéral parmi les médecins en **activité régulière** est en recul passant de 46,5 % en 2010 à 41,5 % en 2023 (vs 48,2 % salariés). Pour les MG en activité régulière, en 2023, l'exercice libéral reste majoritaire à 56,3 % (37,3 % sont salariés et 6,3 % en exercice mixte)(7).

La projection des effectifs de médecin (toutes spécialités confondues) par modèle de microsimulation réalisée en 2021 montre que les effectifs vont continuer à diminuer jusqu'en 2024, retrouveront le niveau actuel à l'horizon 2030, pour ensuite augmenter et arriver à + 36 % des effectifs à l'horizon 2050. Cependant, la densité médicale standardisée, qui tient compte de l'augmentation des besoins médicaux secondaire au vieillissement de la population, augmentera de 24 % à l'horizon 2050 (8).

IV. Facteurs influençant l'installation des jeunes médecins

Il est souvent reproché aux jeunes MG de ne pas s'installer dans les « déserts médicaux » (9). Une étude récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins révèle que seulement 35 % des primo-inscrits à l'ordre en 2014 exercent en libéral à 5 ans (10). Les principaux facteurs influençant l'installation sont le territoire, la famille et la proximité avec d'autres professionnels de santé. L'exercice en groupe semble être un élément important avec la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels et établissements (plus important chez les jeunes). Les horaires de travail vont orienter le choix d'exercice (libéral ou salarié), toujours de manière plus significative chez les jeunes. Chez les internes de MG français, l'encadrement universitaire, les séminaires d'installation, les remplacements, les trinômes de maîtres de stage et la démographie médicale régionale (> 55 ans) sont des facteurs favorisant l'installation (11). Ces derniers sont intéressants, car modifiables. À l'inverse, les incitations financières entrent peu en compte dans la décision d'installation et sont peu efficaces (12). Les tâches administratives peuvent être un frein à l'installation en libéral des MG. En effet, elles peuvent représenter près de 21 % du

temps total des consultations (13). Il existe également parfois un sentiment de perte d'indépendance vis-à-vis du centre payeur avec le paiement forfaitaire (14) ainsi qu'un sentiment de surveillance statistique (15).

V. Évolution des besoins et attentes des patients

Les attentes des patients ont également évolué (16). Il faut faire face à une augmentation de la consommation de soins et de biens médicaux de 2011 à 2019 d'environ 1,9 % par an (17). Autre élément à prendre en compte : au cours de l'année 2021, 1009 agressions ont été déclarés dont 61 % concernent des MG alors qu'ils représentent 43 % des médecins. La majorité de celles-ci ne font pas l'objet d'une plainte (18). La responsabilité médicale lors de l'exercice libéral peut également freiner l'installation. Bien que les chiffres soient difficilement comparables du fait de la crise COVID, le rapport MACSF sur l'année 2022 rapporte une tendance à la sévérité des juridictions civiles. En effet, 72 % des décisions des juridictions civiles aboutissent à une condamnation, soit une hausse de cinq points par rapport à l'année précédente (19).

VI. Ce qui est proposé par les instances publiques

Pour contrer cette tendance négative, diverses stratégies ont été ou vont être initiées par les autorités gouvernementales. Depuis quelques années, l'accès aux études de médecine a été facilité par l'augmentation du numérus clausus et la création de nouvelles passerelles permettant ainsi d'augmenter le nombre de MG formés (arrêté du 24 mars 2017 modifié (20)). Avec la loi « RIST » promulguée le 19 mai 2023 (21), mais déjà développée dans la loi « Touraine » (Loi de modernisation de notre système de santé (22)), il est désormais possible de consulter directement un(e) infirmier(e) en pratiques avancées (IPA) (23). Les compétences de plusieurs professions paramédicales sont également élargies : primoprescription de certains traitements ou prestations par les IPA, prévention, traitement de plaies et prescription d'exams complémentaires et des produits de santé par les IDE (infirmier(e) diplômé(e) d'état), renouvellement d'ordonnance pour 3 mois par les pharmaciens (24).

Le poste d'assistant médical, déjà bien connu des MG (25), a été mis en avant durant le règlement arbitral avec un élargissement des modalités de recrutement permettant de toucher un plus grand nombre de médecins. Pour rappel, les aides au recrutement de ce type de personnel sont conditionnées par une augmentation de la patientèle du praticien bénéficiaire (26).

La nouvelle maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, publiée au journal officiel du 9 août 2023, permet de compléter la formation des internes en médecine générale par des stages en autonomie supervisée, ajoutant une année supplémentaire pour terminer leur cursus. Les internes seront « incités à réaliser ces stages dans les zones sous denses » (27) permettant ainsi d'améliorer la densité médicale dans ces zones.

Par ailleurs, il est évoqué par certains députés une proposition de loi où l'installation des médecins serait subordonnée à l'autorisation des Agences Régionales de Santé (28). Bien que rejetée par l'Assemblée nationale, cette mesure est évoquée régulièrement.

VII. Les modes de rémunération actuels

Il existe deux principaux modes de rémunération pour les MG libéraux. Il s'agit du paiement à l'acte, qui représente la majorité des revenus, ainsi que le paiement à la capitation, comprenant les forfaits ainsi que les revenus sur objectifs de santé publique (ROSP)(29). L'actuel Président de la République, Emmanuel Macron, a de nouveau exprimé son souhait lors de sa conférence de presse du 12 janvier 2024 d'aller vers une « rémunération au patient plutôt qu'à l'acte » (30). Le ministère chargé de la Santé et l'Assurance Maladie ont lancé l'expérimentation PEPS afin de tester le paiement forfaitaire collectif d'équipe de soin à la place du paiement à l'acte (31).

VIII. Impact de ces mesures sur les médecins généralistes

Si l'on résume ces mesures, elles consistent en la délégation des compétences du médecin généraliste à d'autres professionnels de santé ainsi qu'à augmenter l'efficacité des MG.

L'objectif principal de cette recherche est de recueillir les perceptions et expériences des MG concernant les transformations de leur profession, particulièrement dans le cadre de l'exercice libéral. Ce travail se fera au moyen d'entretiens semi-dirigés. Ces entretiens permettront d'aborder en profondeur leurs sentiments au sujet de la délégation de leurs compétences à d'autres professionnels de santé, ainsi que leur point de vue sur les évolutions potentielles de leur système de rémunération.

Par ailleurs, je souhaiterais également comprendre comment ces professionnels de santé appréhendent les systèmes de santé d'autres pays, tant en Europe qu'ailleurs, afin d'obtenir une perspective comparative.

Matériel et méthode

I. Type d'étude et justification

Afin de réaliser ce travail, une étude qualitative a été choisie pour mettre en évidence les phénomènes sociaux et fournir une compréhension approfondie des expériences subjectives des MG face aux projets politiques annoncés. Cette approche permettra de contextualiser les réponses en tenant compte des aspects sociaux, culturels et du vécu des participants. Les entretiens semi-directifs individuels, en face-à-face ou en visioconférence, seront privilégiés pour approfondir les réponses et aborder des sujets potentiellement sensibles. L'investigateur pourra également faire des relances personnalisées pour approfondir certains sujets si besoin. Cette méthode s'inscrit dans le cadre d'une étude de cas, visant à comprendre les comportements des MG face à des événements contemporains.

Le questionnaire semi-structuré est conçu afin d'aborder tous les thèmes définis au départ et limiter la durée des entretiens, tout en étant adaptable pour améliorer la pertinence des questions en fonction de la compréhension des participants. Cette approche flexible permettra d'explorer en profondeur les expériences et les motivations des MG concernés par les évolutions en cours dans leur profession.

II. Protocole : population étudiée, caractéristiques de l'échantillon

La population cible comprenait tous les MG libéraux exerçant sur la Côte d'Azur. La représentativité statistique n'avait pas été recherchée, étant dans le cadre d'une recherche qualitative (32). Cependant, la diversité des profils fut respectée : exercice en milieu urbain, semi-urbain, hommes / femmes, avec ou sans rendez-vous, en solo ou en groupe, avec ou sans secrétariat, statut de maître de stage universitaire ou non.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient les suivants : les MG avec une activité principalement libérale, pouvant être salariés en complément de leur activité libérale, et installés depuis au moins 2 ans.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : les médecins spécialistes hors médecine générale et les médecins exerçant en milieu hospitalier ou avec une activité libérale minoritaire.

Le recrutement fut effectué de manière aléatoire parmi les médecins de la zone mentionnée. Ils furent contactés par téléphone lorsque cela était possible, par mail et message. Le nombre de

participants n'avait pas été défini à l'avance. L'étude s'est terminée lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations, indiquant une saturation des données.

III. Élaboration des questionnaires

Dans un premier temps, il s'agissait de définir le profil et les spécificités de chaque médecin. Le questionnaire fut organisé autour de deux axes majeurs : l'un visant à recueillir leur ressenti sur l'évolution de leur profession, et l'autre à comprendre leur position quant à l'évolution future avec notamment la délégation des tâches et les évolutions possibles du modèle de rémunération dans le futur. Enfin, de manière secondaire, nous avons souhaité comprendre comment les MG appréhendent les systèmes de santé d'autres pays, tant en Europe qu'ailleurs, afin d'obtenir une perspective comparative.

IV. Les entretiens, recueil et analyse des données et méthodologie

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets de chaque médecin pour minimiser les contraintes (sauf pour un participant), et se sont tenus de manière individuelle, permettant ainsi aux participants de s'exprimer en toute liberté. L'option des entretiens collectifs en « focus group » fut écartée pour éviter toute autocensure de la part des MG. Lorsqu'il n'était pas possible de se rendre sur place, les entretiens ont eu lieu par téléphone. Ils ont suivi une approche semi-directive, abordant des thèmes prédéfinis.

Un entretien préliminaire fut mené avec un participant pour ajuster le cadre de l'entretien et familiariser l'investigateur avec les techniques d'entrevue. Ce pré-entretien, ayant entraîné peu de modifications du guide, a été inclus dans les résultats. La structure des entretiens s'est affinée au fil de l'enquête, s'adaptant aux leçons tirées des sessions antérieures, sans modifier le plan principal.

Les entretiens furent enregistrés via une application de dictaphone sur téléphone, puis retranscrits fidèlement sous format anonyme dans le logiciel de traitement de texte Word®, en conservant les erreurs de syntaxe pour rester au plus près de la réalité des échanges.

Les données recueillies lors des entretiens ont été analysées et codées manuellement par l'investigateur, dans le but de dégager les idées principales. Ce codage, basé sur la sélection de mots-clés, a permis de révéler des thèmes ensuite regroupés en catégories. Une relecture par un autre médecin a été effectuée, offrant un double regard sur les données collectées.

V. Éthique

Cette étude a été menée en respectant les principes éthiques fondamentaux de la recherche n'impliquant pas la personne humaine. Une déclaration de conformité MR-004 (« recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé ») a été réalisée (dossier N°2232583).

Résultats

I. Caractéristique de la population étudiée

16 MG ont été contactés. Parmi eux, cinq n'ont pas donné suite à notre demande et ont été considérés comme des refus. Au total, onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur la période septembre 2023 à janvier 2024. Les médecins exerçaient dans les villes de Cannes, Antibes, Biot et Valbonne. Dix ont été réalisés en présentiel dans leur cabinet respectif et un seul au téléphone. La durée moyenne des entretiens a été de 30 minutes.

L'échantillon est composé de cinq femmes et six hommes. La moyenne d'âge est de 47,5 ans. Ils ont en moyenne 16 années d'exercice en libéral avec un intervalle allant de 4 à 36 ans. L'intervalle moyen entre la fin de leur cursus universitaire est de quatre ans. Parmi les onze MG, huit ont une activité particulière significative en plus de la médecine générale classique.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

	Âge	Sexe	Seul/en groupe	Secrétariat	RDV	Années en libéral	Intervalle post internat	Spécificité	Durée de l'entretien
E1	34	H	Groupe	Physique	Oui	4	4 ans	Gériatrie	33 min
E2	40	H	Groupe	Physique	Oui	11	< 1 an	M. du Sport	36 min
E3	57	H	Groupe	Physique	Oui	27	2,5 ans	-	22 min
E4	63	H	Groupe	Aucun	Non	36	2 ans	-	19 min
E5	66	H	Groupe	Aucun	Non	31	9 ans	-	16 min
E6	71	F	Seule	Aucun	Oui	34	10 ans	Dermatologie	30 min
E7	48	F	Seule	Aucun	Oui	17	4 ans	Homéo et phytothérapie	52 min
E8	37	H	Groupe	Télésecrétariat	Oui	3	5 ans	Gériatrie M. du sport Permis de conduire	42 min
E9	39	F	Groupe	Secrétariat	Oui	3	8 ans	Gynécologie M. esthétique	42 min
E10	33	F	Groupe	Télésecrétariat	Oui	5	< 1 an	Pédiatrie Gynécologie M. esthétique	18 min
E11	35	F	Seule	Télésecrétariat	Oui	8	< 1 an	Gériatrie Pédiatrie	24 min

II. Parcours professionnel

1. Avant l'installation

Les parcours avant l'installation sont très variés. La majorité des participants ont exercé en tant que remplaçant avec leur installation en libéral. Une partie a été salariée.

« J'ai fait mon prat' à Nice. Jusqu'à 2018, j'ai remplacé principalement autour de Nice. [...] J'ai remplacé ici et j'ai fini par m'installer parce qu'il y avait une place ici. » (E1)

« J'étais salariée au centre de transfusion sanguine et j'ai été salariée dans une maison de convalescence » (E6)

III. Exercice libéral

1. Pourquoi les médecins interrogés ont choisi l'exercice libéral

a. Indépendance

Un désir profond d'indépendance et d'autonomie dans la pratique de la médecine ressort parmi la grande majorité des médecins interrogés.

« J'avais envie d'avoir mon indépendance et mon autonomie [...] » (E1)

« [...] je voulais avoir une certaine liberté dans mes choix professionnels » (E2)

« Tu n'as pas de hiérarchie, tu t'organise comme tu veux, tu prends tes congés quand tu en as envie à peu près. » (E3)

« La liberté de gérer son propre cabinet, de faire ses propres choix, sans contraintes d'une structure hospitalière, c'était ça la vraie médecine pour moi. » (E5)

« Les avantages, c'est que tu fais à ta façon. Il y a aussi une espèce de pratique de la médecine que tu développes selon tes convictions, ton expérience. » (E7)

« Les avantages, c'est que c'est moi le patron (rire). Donc que je n'ai pas les contraintes imposées par une hiérarchie où je m'organise comme j'en ai envie. C'est surtout ça en libéral. » (E8)

« Alors, moi, c'était surtout pour la liberté professionnelle. Le fait d'être plus flexible, de pouvoir choisir ses horaires, de pouvoir choisir ses vacances, de ne pas avoir de supérieur, de pouvoir avoir une pratique qui me ressemble. » (E10)

b. Rejet du système hospitalier

Il existe un sentiment commun de désillusion ou de frustration envers l'environnement hospitalier, souvent dû à des contraintes bureaucratiques, à un manque d'autonomie vis-à-vis de la hiérarchie et à une relation patient-médecin perçue comme impersonnelle.

« [...] et j'ai eu de mauvaises expériences hospitalières. » (E1)

« Je ne voulais pas travailler à l'hôpital [...], et ne pas me retrouver imposé par une direction au-dessus. » (E2)

« Je ne supporte pas le fonctionnement hospitalier où on staff une fois par semaine le dossier du patient, où le patient est dans son pyjama, toi dans ta blouse, [...]. Voilà, je trouve que le système hospitalier ne me convenait pas. » (E7)

c. La possibilité d'exercer en groupe est un avantage

Les cabinets de groupe favorisent non seulement le bien-être professionnel par la dynamique sociale, mais aussi l'amélioration continue des compétences cliniques à travers le partage d'expériences et de connaissances. Les échanges et le soutien entre collègues permettent une approche collaborative de la pratique médicale.

« Puisqu'on a un gros cabinet de groupe, on a toujours une dynamique un peu sociale de cabinet. Et on a toujours la possibilité de demander des avis, d'échanger, de debriefer avec les autres. » (E1)

« [...] en cabinet de groupe, ce qui change quand même pas mal la chose, parce qu'à la fois les associés peuvent nous aider, [...] » (E2)

Les médecins exerçant même « isolés » ont leurs réseaux de collègue pour coordonner les soins si besoin.

« Après c'est vrai, des fois, quand on a une grosse journée ou quand on a des doutes sur certains dossiers, on va appeler des confrères, mais on n'est pas plusieurs dans le cabinet à pouvoir discuter. » (E11)

d. Relation avec les patients

Les relations humaines et personnelles sont mises en avant dans l'exercice libéral, valorisant la proximité et le suivi personnalisé des patients. Les participants mettent en avant le sentiment de gratification tiré de la capacité à construire des relations de confiance sur le long terme, ainsi que l'avantage d'avoir une patientèle à son image, reflétant une adéquation mutuelle entre le médecin et ses patients.

« *L'avantage principal de mon mode d'exercice est la relation directe et personnelle que j'ai avec mes patients. C'est gratifiant de les suivre sur le long terme, de connaître leur histoire [...] » (E5)*

« *J'aime mieux le libéral que le salarié. C'est le côté convivial, humain. Le côté relation humaine. J'ai une proximité avec les gens. Et ça, c'est quand même un gros avantage. » (E6)*

« *Et puis, il y a une adéquation qui se fait entre toi et les patients. Ils ne sont pas obligés de venir. Donc ça, c'est quand même le bon côté, je trouve ça super. On ne t'impose pas une patientèle. » (E7)*

« *Je vois les gens que j'ai envie de voir. Je fais la patientèle que j'ai envie. À mon image et à mon organisation. » (E8)*

« *[...]Après c'est l'exercice en soi où on gère quand même différents types de patients et on a les familles, ça peut aller, moi, des arrière-petits-enfants aux grands-parents. » (E11)*

e. Attractivité

Un seul médecin évoque le coté avantageux financier.

« *À l'époque, s'installer en libéral, c'était l'option attractive. » (E5)*

f. Adaptation à la situation familiale

L'exercice libérale offre une certaine flexibilité, permettant des ajustements personnels avec la vie de famille, soulignant ainsi la possibilité d'un équilibre entre responsabilités professionnelles et obligations personnelles.

« *Après, j'ai déménagé à Cannes pour suivre ma femme. » (E1)*

« *[...] c'est que tu peux t'organiser comme tu veux, c'est hyper pratique avec les enfants. Je me suis toujours adaptée à leur emploi du temps, à leurs besoins. Je peux accompagner un voyage scolaire si j'ai envie. Donc ça, c'est le côté super. » (E7)*

<p>L'exercice libéral chez les participants est principalement choisi pour l'indépendance et l'autonomie qu'il offre. Cette indépendance permet une liberté dans les choix professionnels et la gestion du cabinet sans contraintes extérieures. Un désintérêt pour l'environnement hospitalier, notamment à cause de la bureaucratie et du manque d'autonomie, est également un facteur. Les cabinets de groupe sont appréciés pour la dynamique sociale et le partage de connaissances. La proximité avec les patients est valorisée, ainsi que la capacité à ajuster la pratique professionnelle avec la vie familiale.</p>
--

2. Charge de travail

a. Possibilité gérer sa charge de travail

Certains médecins arrivent à limiter leur charge de travail que cela soit en rapport avec une fin de carrière ou pour un meilleur équilibre vie personnelle et professionnelle.

« *C'est moi qui la détermine.* » (E1)

« *Moi, je me suis organisé ces dernières années pour travailler moins.* » (E3)

« *La charge de travail, elle est quand même importante, mais on peut moduler nos horaires. Donc moi, je ne me sens pas surchargée. J'arrive à avoir des plages de consultation.* » (E10)

b. Rythme de travail soutenu

Malgré la possibilité théorique de gérer sa charge de travail, il apparaît un sentiment de surmenage en réponse à la demande de soins.

« *[...], mais on passe notre temps à usiner à fond à l'heure, pour arriver à ce que la consult' se fasse en un quart d'heure, pour voir le suivant, pour arriver à gérer tout le monde [...]* » (E4)

« *La pression des patients, qui est quand même assez importante. Il faut avoir des rendez-vous rapides. La pression également de la sécurité sociale, qui nous pousse à répondre à des objectifs. Et le fait de devoir faire des consultations de plus en plus rapides pour être rentable. Ça, c'est lié à l'augmentation de nos charges et les impôts qui sont très importants.* » (E10)

Bien qu'élevée, la charge de travail n'est pas forcément pénible et parfois voulue

« *Je me sens surchargée, mais c'est de ma faute. Parce que je le veux bien. [...] je n'étais pas obligée de laisser mon portable aux gens.* » (E7)

« *En termes de pénibilité finalement, pour moi c'est pas pénible parce que je l'ai choisi et que je fais une activité que j'aime. Après en termes de temps, ça me prend énormément de temps. La gestion d'après-consultation, je grignote forcément sur ma soirée et mes week-ends. Mais c'est pas pénible.* » (E11)

3. Inconvénients de ce mode d'exercice

a. Administratif

La lourdeur des tâches administratives, notamment les interactions avec la sécurité sociale, représente un aspect négatif majeur chez l'ensemble des participants. Il réduit significativement le temps dédié à la pratique médicale.

« Clairement, par rapport à du salariat, c'est l'aspect administratif. De gérer les retours sécu', de gérer toutes les paperasses diverses et variées. » (E1)

« [...] les problématiques aussi administratives, j'y étais là depuis une demi-heure à gérer divers sujets. » (E2)

« Par contre, c'est la charge administrative considérable qui accompagne la gestion d'un cabinet. Entre les dossiers patients, les formalités avec la Sécurité Sociale, les rejets, les indus, c'est un enfer. » (E5)

« [...] c'est que l'administratif nous inonde complètement. Vraiment, l'administratif, c'est devenu quelque chose de compliqué. » (E3)

« Le côté gestion du point de vue administratif, moi, j'ai quand même à peu près presque une heure par jour de gestion administrative. » (E6)

À noter tout de même, une amélioration a été apportée concernant la gestion des feuilles de soins dégradées (sans carte vitale) avec une gestion simplifiée par certains logiciels métiers.

« On a eu tout récemment une belle amélioration, je trouve, sur les feuilles de soins dégradées qui, enfin, sont automatisées avec notre logiciel, ce qui nous change la vie et nous évite un nombre d'impayés ou de refus de paiement de la caisse qui était assez insupportable avec un temps de travail assez insupportable pour les traiter. » (E2)

b. Engagement à long terme

L'installation représente un engagement à long terme qui peut entraîner une hésitation.

« Ce qui m'a fait réfléchir avant de m'installer, c'est le fait d'être vissée dans un endroit. D'être engagée. D'être engagée à vie dans un endroit. » (E6)

c. Responsabilité pour la continuité des soins

Malgré la liberté offerte par l'exercice libéral, les médecins restent malgré tout contraints de maintenir une certaine disponibilité pour leurs patients et autres professionnels de santé.

« [...] il faut quand même pouvoir s'adapter en termes d'offre de soins, assurer une certaine permanence de soins. » (E2)

d. Gestion d'une entreprise (charges sociales, fiscalité ...)

L'exercice libéral va bien au-delà des soins médicaux, elle nécessite de savoir gérer une petite entreprise, rôle pour lequel tout le monde n'est pas préparé.

« La comptabilité, même si on a un comptable, il y a quand même un certain nombre de travail à fournir. » (E1)

« L'inconvénient aussi, c'est que c'est une TPE à gérer, avec le parquet qui est abimé, le voisin qui râle, la fuite, on a tout ça en ce moment, tu vois. La gestion du cabinet, [...] » (E4)

« Et j'ai beaucoup plus de choses à faire en plus (par rapport au salariat) » (E8)

e. Protection sociale

La question de la protection sociale pour les médecins libéraux soulève des préoccupations, notamment en cas de problèmes de santé personnels. L'absence de garanties suffisantes en cas d'incapacité à exercer représente une source d'inquiétude.

« Après, moi, j'ai des problèmes de santé. Donc le problème aussi, c'est que tu vois, tu sens que tu n'es pas protégé à sa juste valeur si tu as un pépin. C'est quand même un peu insécurisant de se dire que si un jour, je ne sais pas, je ne peux pas exercer, je suis un peu [...] voilà, ça me fait peur. » (E7)

Les MG interrogés font face à un équilibre délicat entre la flexibilité de gérer leur charge de travail et les défis inhérents à l'exercice libéral, tels que la lourdeur administrative, l'engagement à long terme, et les problèmes de protection sociale. Malgré la possibilité d'ajuster leurs horaires pour un meilleur équilibre de vie, ils sont souvent confrontés à un rythme de travail soutenu et à la complexité de gérer leur cabinet comme une petite entreprise, soulignant les compromis entre autonomie professionnelle et contraintes pratiques.

IV. Évolution des attentes des patients

1. Surconsommation de soins

La surconsommation de soins fait partie des principales préoccupations des médecins, avec une tendance à consultations fréquentes et parfois non justifiées. Cette situation est exacerbée par la disponibilité accrue des centres de soins non programmés, contribuant à une culture du "tout, tout de suite" chez certains patients.

« [...] Moi, ce qui m'inquiète le plus, c'est la non-évolution, voire la dégradation, aux côtés de ce que j'estime être une surconsommation de soins dans certains cas, avec des gens qui veulent tout, tout de suite. Et, voilà, cette situation où toute demande médicale est considérée comme justifiée avec l'explosion des centres de consultation ouvert 7 sur 7, 24 heures sur 24, qui favorisent, je trouve, une surconsommation de soins [...] » (E2)

« où les patients cherchent à être vus tout de suite pour le moindre symptôme [...] » (E5)

« Cet après-midi, j'ai vu ça ce matin, j'ai trois patients dont je sais qu'ils viennent pour rien et qui viennent toutes les semaines. » (E3)

« Ce qui est sûr, c'est que je pense qu'on a un système qui est un bon système, mais qui n'est pas fait pour les Français. Parce qu'il faut bien reconnaître, on a souvent des choses qui n'ont pas lieu d'être en vue en consultation... » (E6)

« [...], les patients sont alors beaucoup plus anxieux à l'idée de ne pas pouvoir joindre le médecin dans les temps. Et après ils sont toujours en demande que ce soit rapide. Il y a un souci, il y a des examens complémentaires à faire : il faudrait qu'on ait tout, tout de suite, et qu'on trouve la solution tout de suite. Donc il y a vraiment cette urgence à avoir un résultat et que je ressentais moins avant. » (E11)

Cette surconsommation pourrait être favorisée par le système du tiers payant intégral qui donne une impression de gratuité de la consommation.

« Mais le fait d'avoir un système où on fait des tiers payants, où on ne fait pas payer le patient. Il va y avoir une surconsommation de soins. Et on devient, comme la société actuelle, quelque chose de consommable. » (E10).

2. Accroissement des demandes hors consultation

La période COVID, et plus généralement les changements de la société, ont modifié les attentes des patients envers les médecins, accroissant les demandes à distance, comme l'envoi d'ordonnances par téléphone. Cette évolution mène parfois à un sentiment de pression accrue, avec des demandes qui dépassent parfois les limites habituelles du respect professionnel.

« Depuis le covid, les gens ont pris l'habitude, qu'on envoie, qu'on les dépanne par téléphone. Et maintenant, tous les jours, les gens qui t'appellent « envoyez-moi une ordonnance, je suis en vacances, j'ai oublié ma pilule », ... on le fait pas, et les gens ne sont pas contents ... » (E4)

« Mais franchement, là, il y a des limites qui sont régulièrement dépassées. [...], il y a quand même un irrespect de certaines personnes vis-à-vis du médecin. » (E7)

« Mais surtout, parce que saturé de patients, de demandes, sursollicités, au bout d'un moment, si je ne peux pas me déplacer en urgence, je vais gérer à distance. On va envoyer des mails en plus. Il y a une demande qui a explosé, qu'il a fallu absolument réfréner, qu'on n'a pas pu pendant le Covid, mais après. Parce qu'on se faisait bouffer. Je suis harcelé par SMS, par ma secrétaire, par WhatsApp, par mail. » (E8)

3. Dévalorisation des compétences du médecin généraliste

Les MG expriment parfois le sentiment d'être perçus comme de simples prestataires de services administratifs plutôt que comme des professionnels de santé aux compétences étendues.

« Mais ils ont de plus en plus tendance à considérer que le généraliste, c'est un gratte-papier qui va leur faire les papiers dont ils ont besoin. Je trouve qu'ils ne savent plus trop ce qu'on sait faire. » (E7)

« On n'est pas les docteurs du rhume. Je les vois aussi, les dépistages infarctus, de cancer, l'annonce. On fait tout ça. On n'est pas un sous-métier. On prend du temps. » (E8)

« Donc, en fait, là, tu te dis qu'on n'est plus du tout placé comme décisionnaire dans la prise en charge du patient, mais on est vraiment un distributeur de papeland » (E9)

4. Sensation de difficulté pour fournir des soins de bonne qualité

Certains expriment leur inquiétude quant à leur capacité à maintenir un suivi de qualité devant une charge de travail en constante augmentation.

« [...] avec une patientèle qui monte, et pour lesquelles je suis un peu plus inquiet sur mes capacités à assurer un suivi de bonne qualité. Pour l'instant, ça va, mais je suis un peu inquiet sur la suite, sur la capacité à continuer à ce que les gens aient une offre de soins de qualité en ambulatoire. » (E2)

« Il y a des consultations à motifs multiples. Maintenant ils viennent parce qu'on n'est plus disponible et qu'ils n'arrivent pas à nous avoir régulièrement parce qu'il n'y a plus de médecins. Ils viennent, « docteur, alors je suis désolé, mais j'ai 15 motifs ». Non, mais ce n'est pas possible quoi. Donc du coup, au bout d'un moment, il y a des choses qui vont être bâclées. » (E8)

Ce ressenti des MG révèle des inquiétudes majeures, notamment la surconsommation de soins, encouragée par une culture de l'immédiateté et possiblement augmentée par le système du tiers
--

payant. L'ère post-COVID a également engendré une augmentation des demandes en dehors des consultations, ajoutant une pression supplémentaire. Par ailleurs, une dévalorisation des compétences du généraliste est ressentie. Enfin, une inquiétude croissante quant à la capacité de fournir des soins de qualité face à une charge de travail en augmentation et à des consultations à motifs multiples est exprimée, signalant une potentielle diminution de la qualité des soins ambulatoires.

V. Exercice sous surveillance

1. Pression de l'assureur via les ROSP

« J'entends bien qu'il faut faire attention dans nos pratiques. Mais c'est le côté répréhensible, c'est le côté bon point financier. Mais qu'est-ce que je m'en fous de leur truc ? Savoir si j'ai fait combien de pieds diabétiques avec un filament sur le pied, savoir que j'ai prescrit de benzo, de statine. » (E8)

« On est vraiment sous l'emprise de la sécurité sociale. Maintenant, on fait attention à ce qu'on prescrit parce que sinon, on va se faire taper sur les doigts. Donc oui, notre façon de prescrire est influencée par les objectifs de la sécurité sociale, clairement... » (E10)

2. Contrôles statistiques

Plusieurs évoquent les contrôles « aveugles » de l'assurance maladie qui s'intéresse uniquement aux statistiques sans prendre en compte la réalité de l'exercice de chacun et du patient concerné.

« Par exemple, quand on se fait taper sur les doigts parce qu'on a prescrit trop de kinés, alors qu'on a une patientèle avec que des patients âgés, c'est normal. Quand quelqu'un n'a que des patients jeunes, il va prescrire plus d'arrêts de travail que quelqu'un qui a plus de patients âgés, c'est la même chose. » (E10)

« Ils m'avaient dit « Vous avez plus d'arrêts de travail ». Et là, j'ai tout de suite identifié la patiente. [...]. Mais du coup, la consult' d'après, je lui ai vachement mis la pression. Et en fait, du coup, ça a juste abouti à une rupture. Elle est allée chez un autre qui l'a arrêtée. Je me suis dit que franchement, j'étais pas très fière de moi. » (E7)

« Il y a que les bons de transport, mais parce que je fais énormément de domicile. Donc forcément, c'est des patients qui se déplacent pas et pour lesquels je vais faire beaucoup de bons. Voilà c'est le seul le seul truc pour lequel j'ai été retoqué jusqu'à présent. [...]. Ils ont pas voulu comprendre que un tiers de mon activité, c'est que du domicile. » (E11)

Les MG décrivent une pression constante de la part de l'assurance maladie, notamment via les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui influencent leurs prescriptions. Les contrôles statistiques sans considération des particularités de chaque pratique ou chaque patient ajoutent à cette tension. Le sentiment de travailler sous une surveillance stricte demeure, mettant en lumière le conflit entre les impératifs administratifs et la qualité des soins.

VI. Procédures à l'encontre des médecins

1. Les médecins les plus « expérimentés » moins inquiétés

Les médecins expérimentés semblent peu inquiétés ou influencés par d'éventuelles plaintes de la part de leur patient.

« Très honnêtement, nous les vieux médecins, franchement, c'est un truc qui m'a jamais effleuré. Par contre, tous les jeunes remplaçants qu'on a, ils sont tous très stressés par ça. » (E4)

« Non, franchement, ça... parce que je suis vieille (rire). Je pense que quand on est jeune médecin, ça influence beaucoup plus. Moi, pas vraiment, non... » (E6)

2. Les principales plaintes concernent des certificats

Les incidents relatés sont souvent dus à la rédaction de certificats médicaux, soulignant l'importance d'être rigoureux dans leur rédaction.

« Dans une histoire de garde d'enfant. J'ai fait un certificat où j'ai rapporté les paroles d'une patiente. On m'a attaqué parce que c'étaient des paroles que je rapportais, et je n'avais pas à les rapporter. » (E6)

« J'ai été convoquée deux fois à l'Ordre pour des brouilles. C'était pour une histoire de certificat. En fait, la patiente allait utiliser mon certificat pour aller au prud'homme. Et à l'époque, on ne rédigeait pas du tout comme on rédige aujourd'hui. Donc, on m'a redit qu'il ne fallait plus écrire que du factuel. » (E7)

3. Conséquences

Une plainte même injustifiée peut entraîner un changement de façon de travailler et être anxiogène au quotidien.

« La première année de mon activité, j'ai eu un cas [...]. C'est d'ailleurs pour ça que les téléconsult', avis téléphonique, je fais plus du tout. Parce que c'était une histoire comme ça où on m'a donné un avis téléphonique et c'était mon nom sur l'ordonnance. Heureusement, le

confrère m'a suivi, mais s'il avait dit qu'il n'avait pas dit ça, la faute aurait été sur moi. Mais oui c'est une grosse crainte que j'ai au quotidien et je pense que c'est pour ça que je suis rigide. Quand tout va bien, ils sont adorables, mais le jour où ça va pas, il n'y a pas de « ça fait dix ans que vous me suivez, vous m'avez sauvé la vie », il y a « là ça va pas et c'est de votre faute » donc les patients ils sont pas fidèles quand il y a un truc qui va pas... » (E11)

Certains préfèrent éviter les situations à risques, notamment en cas de désaccord.

« J'ai appris à être ferme et à refuser les demandes non justifiées médicalement. Si un patient est trop exigeant ou en désaccord avec ma manière de pratiquer, je lui suggère de trouver un autre médecin. » (E5)

4. Notation Google

L'évaluation publique sur Google participe au sentiment d'être perçu comme un bien de consommation.

« Et on est noté, on a des étoiles. Comment un patient peut être capable d'évaluer ? Oui, ok, si je ne suis pas sympa, oui, je veux bien. Mais on n'est peut-être pas obligé de saper de façon indélébile la réputation d'une personne. Ok, c'est un service. Mais on est avant tout là pour aider les gens. » (E8)

Les médecins les plus expérimentés semblent moins préoccupés par les plaintes que les jeunes praticiens. Celles-ci concernent souvent la rédaction des certificats médicaux, soulignant l'importance d'une rédaction rigoureuse, uniquement lorsque cela est nécessaire. Une plainte peut entraîner des changements dans la pratique médicale et générer de l'anxiété. Les évaluations sur Google renforcent l'idée du médecin comme prestataire de service, impactant la e-réputation.

VII. Délégation des compétences : qu'en pensent les médecins ?

1. Infirmier(e) en pratique avancé(e) (IPA)

a. En partie favorable

Les jeunes médecins semblent plutôt en faveur de la délégation de certaines compétences.

« Moi, je ne suis pas complètement contre [...] le fait de nous soulager sur un tout petit peu, ce n'est pas forcément un drame. » (E1)

« Alors, moi, à titre personnel, ça ne me pose pas de soucis particuliers. » (E2)

« Au début, j'étais pas emballée. Mais effectivement, si elles sont bien formées, ça peut quand même aider. En termes de prévention, un patient qui a l'air de ne pas bien aller de se dégrader... prévenir le médecin et faire le travail au préalable ça peut être une bonne chose. » (E11)

b. Dans des conditions bien déterminées

« Il faut que ça se fasse de manière extrêmement prudente, dans la mesure où on ne peut pas robotiser quelque chose qui justifie un minimum de connaissances du patient, et où il y a énormément de voyants rouges. » (E1)

c. Quid du parcours de soin

L'accès direct à ces professionnels de santé pourrait aggraver la surconsommation en soins.

« Je suis juste un petit peu inquiet sur l'accessibilité directe, [...], on va revenir en arrière, à l'ère d'avant le parcours médecin-traitant, où justement on a mis en avant ce parcours médecin-traitant pour éviter la surconsommation de soins » (E2)

d. Responsabilité médico légale

Les médecins ne souhaitent pas de responsabilité partagée.

« Après, le truc qui me paraissait complètement débile, c'est le renouvellement par les infirmières sous la responsabilité du médecin. » (E1)

« Mais moi, déjà, je veux être sûr que les responsabilités.. Je n'ai pas à payer la responsabilité pour ces personnes-là, qu'elles soient bien sûr qualifiées comme il faut. Pourquoi pas ? » (E8)

e. Remise en question de leur compétence

Des craintes sont exprimées quant à leurs formation et compétence médicale

« Ça peut aider, mais faut pas que ça devienne du n'importe quoi. Chacun son boulot. Ce n'est pas avec des formations accélérées qu'on devient médecin. Sinon je vois pas pourquoi on rajoute 1 année d'internat aux jeunes si tout le monde peut faire notre travail ? » (E5)

« Je pense qu'on a des rôles séparés. On ne fait pas la même chose. On n'a pas les mêmes compétences. Je ne suis pas en train de dire qu'on est supérieur aux autres, mais je pense qu'on n'a pas les mêmes rôles. » (E6)

« Finalement, le cardiaque, diabétique, c'est le patient le plus fragile. En médecine, on ne trouve que ce que l'on cherche. Donc, c'est facile de passer à côté de quelque chose juste parce que tu ne sais pas que c'est possible. » (E7)

« Les IPA, ce n'est pas avec deux ans de formation qu'elles vont pouvoir avoir un rôle de médecin. Étant moi-même formatrice d'interne (MSU), je vois que malgré déjà sept ans d'études, il y a encore des compétences à actualiser. Donc, je ne vois pas comment les infirmières peuvent faire de la médecine de ville. » (E10)

Du fait de la formation des médecins, il existe une remise en question de ses compétences malgré les études longues et l'expérience. Qu'en est-il des infirmiers ?

« Notre rôle, c'est aussi de savoir se remettre en question. Je ne sais pas si les infirmières, elles ont ce recul-là. Mais voilà, des fois, on ne se sent pas sûr de prescrire tel ou tel traitement, alors qu'on a quand même des années d'expérience et des années d'études derrière nous. » (E10)

f. Quelle rémunération en libéral ?

Leur rémunération forfaitaire est source d'agacement.

« Et d'ailleurs avec un mode rémunération plus important pour l'infirmière, ça ne me paraissait tout simplement pas logique. » (E1)

« Les IPA, elles vont toucher 50 euros par consultation tous les trois mois. Nous, on touche 26,50. Donc là, il y a un problème. Je pense que personne n'est bien payé. Les infirmières à 50 euros, c'est bien. Mais dans ce cas-là, les médecins, il faut qu'ils soient payés le double. Donc, mettre quand même à pied d'égalité en fonction de nos études et de nos compétences. C'est un peu du foutage de gueule de les mettre à 50 euros et nous, de nous laisser à 26,50. » (E10)

g. Plus en faveur d'un exercice hospitalier sous supervision

Le milieu hospitalier serait plus favorable à un exercice en équipe médecin/IPA.

« Je pense qu'en milieu hospitalier, les IPA, c'est une bonne chose parce qu'il y a toujours un médecin à leur côté et que si problème, il y aura des solutions. » (E10)

h. Déséquilibre entre consultation simple et complexe

La délégation des consultations simples pourrait entraîner un déséquilibre entre les consultations simples et complexes dans l'agenda des médecins. Les consultations simples et rapides compensant la faible valeur de la consultation pour les cas complexes et chronophages.

« Donc, intellectuellement, je trouve ça reposant d'avoir des petites choses qui se mêlent au milieu. Et si on nous enlève cette partie-là du travail, j'ai peur qu'on soit encore plus

éprouvés, si tu veux. [...] Comme je trouve qu'on est clairement sous-payés pour toutes les consultations, justement, des pathos chroniques, etc., qui sont des consultations longues et énergivores. Du coup, t'es content de prendre un petit 26,50 sur une rhino qui t'a pris 10 minutes. T'as l'impression un peu, si tu veux, qu'à un moment donné, ça équilibre un peu. » (E9)

« J'ai bien peur qu'en médecine de ville, on se retrouve toujours à avoir des patients de plus en plus graves, des consultations de plus en plus longues et chronophage puisque les petites consultations nous seront « piquées » par les pharmaciens, les IPA, etc. Donc, on va se retrouver à faire que des consultations longues sans être augmenté. Donc, ça, ça va poser un véritable problème. » (E10)

2. Assistants médicaux

a. Intéressés

Les médecins sont en majorité intéressés.

« Ça, j'aime bien, par contre, l'idée. Quand on te prépare ta consult', et qu'ensuite, tu ne puisses gérer que le médical » (E9)

b. Pas forcément adapté pour tous les médecins

« Moi dans ma pratique, à part à dire de la sécu que j'ai pris plus de patients et que j'ai un dossier médical, j'ai pas l'impression que ça optimise mon activité. Parce que je suis rigide et que de toute façon, je vais tout vérifier. Je vais relire tous les comptes rendus donc finalement, je vais pas gagner du temps. Je vais juste leur faire du chiffre de médecin traitant. » (E7)

c. Difficile à mettre en place techniquement

La question des locaux est un problème évoqué systématiquement.

« Une réflexion qui me vient, c'est que pour les médecins installés, c'est un assez gros changement dans leur pratique. Donc, peut-être que ce n'est pas instinctif pour certains de se lancer là-dedans. Et puis aussi, il y a souvent des problèmes de place, de locaux. » (E1)

d. Financement ?

Les médecins informés sur la question évoquent le financement et surtout la pérennité de l'aide au financement sous condition de ces assistants.

« Le problème, c'est qu'aujourd'hui, avec 1300 patients médecins traitants, augmenter de 10% encore, je suis un petit peu inquiet. [...]. Donc, c'est un des freins, effectivement, à ce que je ne franchisse pas le pas, alors que je trouve ça intéressant. » (E2)

« Enfin je veux dire, je n'ai pas de surface où je peux mettre quelqu'un d'autre. Si je devais générer une surface supplémentaire pour avoir un assistant, ça me générerait forcément des coûts supplémentaires. Ces coûts supplémentaires, il faudrait vraiment qu'ils me fassent rentrer beaucoup d'argent pour que ça s'équilibre. » (E7)

e. Perte de la proximité avec les patients

Les médecins les plus « expérimentés » ont plus de frein à déléguer une partie de leur consultation.

« J'ai trop besoin d'avoir les gens... Si tu veux, ça veut dire qu'on va réduire mon rôle à un rôle purement technique, tu vois ? Et ça, c'est pas du tout ce que j'ai envie. » (E6)

Autre raison, la perte d'information si l'interrogatoire est délégué.

« Personnellement, je suis très attachée à l'interrogatoire. Pour moi, c'est le moment le plus important de la consult'. Et donc je ne vois pas comment je peux déléguer mon interrogatoire. Parce que si la personne, je ne sais pas quelles sont les questions qu'elle a posées. [...]. Si je ne l'ai pas fait, je ne peux pas faire de consult' pour moi. » (E7)

3. Pharmaciens prescripteurs

a. Formation insuffisante

La formation initiale et continue des pharmaciens ne paraît pas suffisante pour deux des participants.

« Moi, personnellement, je trouve que c'est anormal. Mais bon, c'est mon opinion. Je n'ai rien contre les pharmaciens, avec qui j'ai de bonnes relations, mais, je trouve que c'est pas normal. Ça fait pas partie de ce qu'ils apprennent en pharmacie. Enfin, moi, ça me paraît invraisemblable. » (E6)

b. Perte de chance pour les patients

Ces prises en charge pourraient entraîner des retards diagnostics.

« Je pense qu'ils ne sont pas bien formés pour ça, parce que tu vois, typiquement, faire la différence entre une cystite simple et une cystite qui n'en est pas une, mais qui est en fait une pyélonéphrite et qui ne demande pas du tout la même prise en charge. Je suis certaine qu'ils ne sont pas capables de le faire. » (E9)

4. Vaccination ouverte à partir de 16 ans aux paramédicaux

L'ouverture de la vaccination aux paramédicaux dont les pharmaciens semblent être bien perçus chez la grande majorité des interrogés, car c'est un acte simple, qui peut faire gagner du temps et peut améliorer la couverture vaccinale.

« Effectivement, les consultations de vaccination, ce sont des consultations, entre guillemets, faciles, rapides. J'ai l'impression que j'en ai moins, ces derniers temps, que j'en ai pu avoir en remplacement il y a 4-5 ans. Ça ne me choque pas » (E1)

« Dès que c'est possible, j'informe systématiquement au patient au moment de la prescription de mon vaccin qu'il peut le faire chez son pharmacien. Et 95% du temps, je pense que c'est réalisé chez le pharmacien. » (E2)

Cependant, la vaccination peut être le moment de réaliser des consultations de prévention chez les patients qui consultent peu.

« Ça oblige des consultations qui se ne feraient pas forcément. Et une nana à 25 ans qui arrive, qui n'a pas consulté depuis X temps, tu vas lui demander où est-ce qu'elle en est de son examen gynéco, de son suivi gynéco, tu vas lui dire qu'il faut faire un frottis à 25 ans. Tu vois, ça permet d'aborder d'autres sujets de prévention que tu ne pourrais pas faire si tu ne les voyais pas » (E9)

« Alors en fait, je suis partagée. C'est-à-dire que je pense que c'est une bonne mesure quand il y a vraiment que la vaccination et que c'est facile. Et du coup, ça permettrait de récupérer des loupés. Après c'est vrai que moi dans ma pratique, par exemple, ben en fait ces consultations où il y a finalement qu'une vaccination, je vais m'en servir pour faire énormément de prévention. Donc finalement ça m'arrange bien de voir ces patients là parce que typiquement c'est des patients pas malades et du coup ça fait une petite visite. » (E11)

5. CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)

a. Intéressant pour les médecins impliqués.

Les médecins impliqués sur le plan universitaire (MSU) semblent plus sensibilisés et impliqués dans les CPTS.

« [...], je fais partie de la CPTS et ça permet de varier ma pratique en allant sur des missions de prévention [...] » (E1)

« Là, ça va être un petit peu biaisé, parce que je suis vice-président de ma CPTS depuis peu. Et que notre CPTS est toute jeune. » (E2)

b. Inutile d'après les autres

Mais la majorité ne perçoit pas dans leur pratique d'apport particulier.

« C'est une vaste blague. Elle ne nous a jamais servi à rien. » (E3)

« Rien du tout. Pour moi, rien du tout. Pour moi, c'est zéro. C'est bien, ça me donne des points pour moi, c'est tout. Pour moi, je ne vois aucun intérêt. » (E6)

« Je reçois plein de mails qui me disent qu'il faut aller en visite à domicile, telle personne qui n'a pas de médecin traitant, cherche médecin traitant. Moi, je ne reçois que ça. » (E8)

c. Outil de coordination des libéraux ?

Les CPTS pourraient être des outils de coordinations et de structurations pour les MG libéraux.

« La sécurité sociale, je pense, voyait ça comme peut-être un bras armé en interne pour eux. Mais je pense qu'ils vont se rendre compte que, finalement, ils vont peut-être avoir un petit coup de bâton derrière. Parce qu'au contraire, ça nous permet de commencer à nous structurer, à nous coordonner sur les différents secteurs de notre territoire. » (E2)

« Le problème des CPTS, c'est qu'aujourd'hui, je m'aperçois que c'est essentiellement les paramédicaux qui s'y investissent. Et qu'en fait, on est en train de laisser la main aux autres pour le devenir de notre profession. Quelque part, il y a un truc qui ne va pas là. » (E7)

« Les CPTS je trouve ça vraiment bien. Déjà pour se rencontrer entre confrères parce que lorsqu'on bosse tous à fond, on se rencontre pas forcément. [...]. Sur leur rôle, je trouve ça bien notamment pour les patients qui cherchent des médecins traitants, des infirmières, etc. ils ont aussi développé des protocoles. Je sais pas si toutes les CPTS le font, mais par exemple sur Cannes, y a le protocole infection urinaire auquel j'adhère, ça dépanne les patients. Et ça permet de se coordonner avec d'autres spécialités comme les kinés. Et moi j'ai amélioré en termes de qualité mon réseau. » (E11)

d. Nécessité de promouvoir le rôle des CPTS

« Il n'y a pas une promotion énorme et du coup, on connaît pas bien les missions et peut-être qu'on s'en sert pas de façon optimale. Je pense que quand on ne connaît pas, bof. Et finalement quand on est un peu dedans, c'est un bon support. » (E11)

e. Des contraintes administratives supplémentaires ?

« Et les CPTS, moi, je suis contre... faut voir le système de CPTS, mais c'est encore du contrôle, c'est encore des comptes à rendre, faire de la paperasse en plus... » (E10)

6. Continuité des soins

a. Gardes obligatoires

Certains refusent catégoriquement les gardes de nuit obligatoires. Les modalités de leur application sont à voir, quid du repos de garde avec la fermeture du cabinet le lendemain.

« Ça, ça ne me convient pas. Pareil pour les propositions de permanence de soins avec un travail de nuit. Ça ne me convient pas. Je n'ai pas du tout envie d'être contraint dans ce sens-là. » (E1)

« Si, comme à l'hôpital, je suis payé sur mon repos de garde derrière et qu'on m'assure des revenus aussi, il n'y a pas de problème. Je ne suis pas sûr que ça fasse partie du projet. Et puis, qui assure la permanence de soins le lendemain à notre cabinet quand on ne sera pas là, quand on sera au repos de garde ? Donc, pourquoi pas, mais ça ne sera pas à n'importe comment. » (E2)

Mettre en place des systèmes de garde pour les MG dans des villes où des structures comme SOS médecins sont déjà implantées est peu pertinent.

« Après, à Cannes, faire des gardes, je ne vois pas l'intérêt puisqu'il y a déjà un SOS médecin. Il y a des centres ouverts 24 heures sur 24. Il y a la maison de garde de l'hôpital. Il faut prioriser selon les villes. » (E10)

b. Centres de soins non programmés : avis mitigé

Les maisons médicales, malgré leur rôle déchargeant pour les MG, suscitent des inquiétudes quant à l'absence de suivi patient et à la pression sur la médecine générale traditionnelle, menaçant la qualité et la continuité des soins.

« Et puis, les maisons médicales, ça, c'est de la cerise sur le gâteau. Donc on vient, on voit 80 patients par jour. On ne fait pas de suivi, on ne fait pas de renouvellement, on ne prend pas de patients chroniques, on ne fait pas de visite. Et on dit allez voir votre médecin traitant. Mais quand il y en aura plus (des MT), en ville, et que tous ces jeunes médecins qui sont installés dans les maisons médicales vont se retrouver en surnombre, ben, ça ne marche pas très bien. » (E4)

« Je t'avoue qu'aujourd'hui, ça m'arrange, parce que quand je peux pas voir mes patients, ça me déleste, ils ont vu quelqu'un. Mais en fait, quand t'es installé, tu te dis... Mais il faut vraiment être c*n pour rester installé. Parce que tu vas en centre de santé non programmé, t'en vois deux fois plus dans le même timing. Tu fais ton beurre en deux jours. T'as pas vraiment une énorme responsabilité si c'est juste pour dire angine, otite, bronchite. Et finalement, en fait, on voit plus les petites consult'. Et donc, du coup, on n'a que des consultations lourdes, interminables. » (E7)

7. Développement de la téléconsultation et des télécabines

a. Régression dans la qualité des soins

« Moi, je suis médecin généraliste, j'ai besoin d'examiner mes patients. Donc, je ne vois pas en quelle mesure ça va pouvoir nous changer la donne. » (E2)

« La téléconsultation, parce que ça, franchement, pour moi c'est nul. Ça marche pour 90% des patients, [...], mais par contre les 20% des gens qui nécessitent un suivi et une prise en charge rapide, les petites boîtes dans les gares et les téléconsultations, ils ne le verront pas, donc c'est pour ça que je dis que c'est un recul, c'est un recul. » (E4)

« C'est de la merde en barre, ça. (rire) » (E9)

b. Questionnement sur le financement

« [...], j'ai entendu que les consultations sont peut-être même à 50 euros dans une télécabine. C'est bien, mais allons-y. (rire) » (E2)

c. Effet négatif sur l'installation ?

« [...], malheureusement, à part avoir un effet pervers sur l'installation et la baisse d'attractivité de la médecine générale, en tout cas en mode installé [...] » (E2)

8. Coercition

a. Remise en cause de l'installation

« Si on s'était engagé sur la voie de la coercition, je n'aurais peut-être pas fait le choix de la médecine libérale. » (E2)

b. Doute sur l'efficacité de ce type de mesure

« D'autant qu'en plus, en ce moment, les offres de médecine salariée sont pléthoriques. Donc je pense qu'à part encore plus orienter les jeunes diplômés vers du salariat, vers des maisons médicales, où la qualité de soins n'est pas partout au rendez-vous, je pense qu'à part avoir un effet pervers, c'est tout ce que ça va nous apporter. » (E8)

Les opinions sur la délégation de compétences à d'autres professionnels de santé, comme les infirmières en pratique avancée et les assistants médicaux, sont mitigées. Ils reconnaissent le potentiel pour alléger leur charge de travail, mais expriment des préoccupations sur la formation, la responsabilité, et l'impact sur la relation patient-médecin. Les avis sont partagés sur les centres de soins non programmés et la téléconsultation, avec des inquiétudes quant à leur effet sur la qualité des soins et l'attractivité de la médecine libérale. La coercition pour contrer les déserts médicaux est vue comme une mauvaise idée, craignant qu'elle n'entraîne une aversion pour l'installation en libéral.

VIII. Niveau et modes de rémunération

1. Niveau de rémunération

a. Conscience d'un bon niveau de rémunération...

Tous les médecins ont reconnu leur bon niveau de rémunération au regard de la rémunération de la population générale en France.

« Alors, honnêtement, je pense que... Je pense que par rapport aux charges de travail, on n'est pas très bien payés. Mais par contre, on peut pas dire qu'on vit mal, hein. Il faut pas cracher dans la soupe, hein. » (E6)

« Bien sûr, je ne vais pas pleurer, je vis bien. Mais j'ai fait 10 ans d'études, je me suis investi énormément, je n'ai rien gagné pendant tout ce temps-là. On bossait en tant qu'interne aux urgences, tu le sais, on a passé jusqu'à 90 heures par semaine payés en dessous du SMIC. Donc on l'a pas volé ça. Et on a des responsabilités tous les jours. » (E8)

« Le niveau de rémunération, on ne va pas se le mentir, on ne va pas se le cacher, on gagne quand même correctement notre vie, [...] » (E10)

b. Au prix d'une charge de travail importante et de sacrifices

La bonne rémunération relative est aussi expliquée par une charge plus importante que la moyenne française.

« Mais ça peut aller jusqu'à 12 heures non-stop dans la journée. De faire des 8 heures, 20 heures sans pause. Je bouffe en travaillant. » (E8)

« Comme je dis souvent, je pense que j'ai un bon train de vie parce que je bosse à fond. Maintenant si je raisonne en tarif horaire, clairement, je pense que c'est pas suffisant » (E11)

c. Perçu comme insuffisant

Consciente de son niveau de rémunération, celle-ci est tout de même perçue comme insuffisante. Insuffisante au regard de la complexité du travail et de la responsabilité engagée. L'augmentation récente de 1,50 euro est même parfois ressentie comme insultante. Celle-ci ne rattrapant pas l'inflation des dernières années.

« On ne progresse pas assez par rapport à l'inflation, donc la profession est en train de se paupériser. » (E1)

« Je trouve, moi, en tout cas, sur la partie visite à domicile, que c'est clairement insuffisant, et de très très loin. » (E2)

« L'augmentation de 1,5 euro par consultation m'a semblé dérisoire, presque insultante. c'est la pièce qu'on jette en aumône. Cela ne reflète pas la complexité de notre travail. Ça contribue au sentiment d'être sous-évalué et sous-payé par rapport à l'engagement qu'on a dans notre travail. » (E5)

« Ça ne me dérange pas de beaucoup travailler. Mais quand on voit ce qu'on gagne par rapport au temps qu'on passe et à l'investissement qu'on donne, ça devient de moins en moins intéressant, rentable. » (E8)

« [...], mais moi je trouve qu'on ne gagne pas suffisamment par rapport à notre niveau de responsabilité. On a quand même la vie des gens entre nos mains. Ce n'est pas cher payé une consultation à 26,50€ pour avoir autant de responsabilités, sachant qu'on a quand même 60% de charge. De plus, on est la profession qui a les études les plus longues, donc des études qui sont longues, mais très difficiles aussi physiquement et moralement. » (E10)

d. Insuffisant pour investir

Le niveau de rémunération limite l'investissement matériel ou en personnel pour améliorer son activité.

« [...] si mon niveau de rémunération était supérieur, j'aurais déjà depuis longtemps franchi le pas d'un assistant médical, par exemple, [...] » (E2)

« [...] on aimerait un mi-temps supplémentaire de secrétariat, parce qu'on fait partie de ces rares cabinets, et encore, à avoir un secrétariat présent, [...] c'est clairement pas réalisable aujourd'hui avec nos chiffres d'affaires actuels. » (E8)

« Il faut nous augmenter la consult' pour qu'on puisse développer des cabinets modernes, comme au State, avec du personnel. Moi, je trouve ça pas normal que je puisse pas avoir de secrétaire. Quelque part, il y a une paupérisation de notre métier qui fait que la réalité, c'est que du coup, on peut pas être dans une offre... » (E7)

e. Inférieur aux autres spécialités

La différence de rémunération entre les consultations de médecine générale et de « spécialité » est source d'incompréhension.

« Au sein de la profession de médecin : scandale éhontée. Je veux dire, je pense qu'on bosse tout autant que n'importe quel spécialiste, si ce n'est parfois plus. Je pense qu'on a du mérite aussi à faire ce qu'on fait, c'est-à-dire être les médecins empathiques que l'on est, de premiers recours, à rassurer nos patients, à les écouter, à répondre parfois aux questions que les spécialistes n'ont pas pris le temps de répondre. Et on a une rémunération qui est trois fois inférieure à la leur en moyenne. Je pense que c'est un vrai problème. » (E9)

f. Peu attractif

Les conditions de travail parfois difficiles et la dévalorisation constante de la profession de la part des instances publiques ou des patients entraînent une baisse d'attractivité du métier, notamment chez les jeunes diplômés qui s'installent moins.

« On te demande de tout faire pour tout le monde, tout le temps, d'avoir de plus en plus de papiers à la noix à gérer et de faire des visites à domicile, de faire des gardes, de la permanence de soins, de répondre aux exigences de tout un chacun, autant au niveau gouvernemental qu'au niveau des patients, pour 26,50 euros la consult'. [...], Il ne faut pas s'étonner que personne ne s'installe. » (E9)

« Ce n'est plus un métier qui fait rêver que d'être médecin. Je pense qu'à l'époque, effectivement, les médecins gagnaient très bien leur vie. Mais il y avait beaucoup moins de charges, il n'y avait pas autant d'inflation. Et c'est sûr que par rapport au niveau actuel d'inflation, des loyers, des prix d'achat qui ont vraiment augmenté, on a notre niveau de vie qui a vraiment diminué. Quand je vois les vieux médecins qui ont une maison et plusieurs appartements secondaires, des belles voitures... Nous on a déjà du mal à pouvoir se payer, acheter quelque chose dans l'immobilier. » (E10)

g. Rémunération pouvant pousser vers d'autres activités

« Et la médecine esthétique, j'ai toujours été attirée par ce domaine. Et après, c'est sûr que c'est beaucoup plus rentable que de faire des consultations de médecine générale. » (E10)

Les MG estiment que leur rémunération, bien que supérieure à la moyenne, ne reflète pas adéquatement leur charge de travail, leurs longues années d'études, et le niveau de responsabilité de leur profession. Les augmentations récentes, jugées dérisoires, ne compenseraient pas l'inflation, et la différence de revenus avec d'autres spécialités médicales accentue le sentiment de dévalorisation. Cette situation impacte l'attractivité du métier, décourageant les nouvelles installations et poussant certains à explorer des activités plus rémunératrices.

2. Modes de rémunération

a. Questions complexes

La question du meilleur mode de rémunération est complexe. Une partie des interrogés n'ont pas d'avis sur la question. L'essentiel est le niveau de la rémunération qui doit être « juste ».

« Tant que je suis reconnu à ma juste valeur et considéré, il n'y a pas de problème. Que ce soit du salariat, que ce soit à l'acte, que ce soient des forfaits. Tout ce qu'on ne veut pas, c'est d'être imposé. Tout ce qu'on ne veut pas, c'est la gestion administrative et d'évaluer la médecine avec des chiffres. Tout ce qu'ils font... » (E8)

b. Rémunération à l'acte

Le système de la rémunération à l'acte pousserait à la quantité plutôt que la qualité. Ainsi le médecin qui réalise des prises en charge complexes serait moins bien rémunéré que celui qui réaliserait uniquement des consultations « rapides ».

« [...] le paiement à l'acte va avoir pour certains un effet pervers, parce qu'il va pouvoir inciter certains à faire du nombre plutôt que de la qualité. » (E2)

« Je pense par exemple à des cabinets qui existent en France où il y a des consultations qui durent 5 minutes et qui ne peuvent pas être considérées comme la bonne médecine. Des médecins qui forcément gagnent mieux leur vie, mais au détriment des patients. » (E1)

D'une manière générale, les médecins sont en faveur d'une rémunération à l'acte mais simplifiée. Le système de cotation est parfois perçu comme trop complexe.

« Moi, je suis pour une rémunération à l'ACTE. Mais par contre, je ne suis pas forcément pour une rémunération avec tout un tas d'actes différents. [...] Tous les jours, on apprend des actes nouveaux. Ça, c'est compliqué. Non, je suis pour une rémunération à l'ACTE avec 10 actes simples. » (E3)

« Je suis complètement nulle au niveau des cotations. Donc, moi, je sais pas faire... Je sais que quand j'ai des remplaçants, ils gagnent souvent beaucoup mieux que moi parce qu'ils me font des cotations que je connais pas. C'est compliqué, ils rajoutent 5 euros pour bidule, les machins... Il faudrait peut-être simplifier... » (E6)

La possibilité de moduler le tarif de la consultation serait une manière intéressante d'adapter la rémunération en fonction de la complexité de chaque cas.

« Je suis payée à l'acte et au forfait par la Sécurité sociale. Moi, je voudrais toujours une médecine payée à l'acte, avec une augmentation de salaire, des consultations qui sont modifiables, un tarif de consultation qui est modifiable en fonction de la demande, en fonction de la durée du temps de consultation, de la complexité. » (E10)

« [...] et en plus, à l'appréciation du médecin, il devrait y avoir effectivement cette possibilité de DE quand on a de la consult' qui commence à être complexe, et qu'on peut pas faire rentrer dans d'autres cases type dépression, bilan cognitif, électro, ... Donc, je pense qu'à l'heure actuelle, la rémunération est pas adaptée au boulot qu'on fournit quand on le fait bien et c'est pour ça d'ailleurs qu'il y en a, ils s'installent pas et qu'ils ont pas envie de le faire» (E11)

c. Capitation

La capitation pourrait ne pas prendre en compte la réalité de chaque patient.

« [...] mes 50 diabétiques, [...] certains sont très faciles à gérer, [...], d'autres sont insuffisants cardiaques, certains amputés, et ce n'est pas du tout le même temps de consultation pour les uns que pour les autres. Donc la rémunération forfait par pathologie, elle n'est pas représentative de la complexité de la situation. » (E2)

Augmenter la part rémunération à la capitation serait un changement significatif pour les médecins, mais aussi pour les patients.

« Est-ce que c'est vraiment mieux ? Je n'ai pas fait d'études de marché sur le sujet. Ce serait un énorme changement en France si on passait à un système de ce style-là. » (E1)

Les forfaits médecin traitant et les ROSP sont une forme de rémunération à la capitation. Elle favoriserait les prises en charge complexes, mais la méthode de calcul est floue et paraît inadaptée.

« On a une partie en ROSP qui représente maintenant, je ne sais pas, au moins 10% de mon bénéfice annuel, qui valorise pour une partie du travail complexe, pour d'autres des choses un peu obscures. En termes d'efficacité de prescription, de générique par exemple, j'ai un peu de mal à voir l'impact sur la qualité des soins » (E2)

« Je suis contre la rémunération forfaitaire. Je la prends, mais je ne la comprends pas » (E4)

Une des médecins interrogées estime le système de rémunération sur objectif comme inadapté et peu efficace pour changer les pratiques.

« C'est une honte et franchement je trouve que c'est nous prendre vraiment pour des branquignoles ce ROSP, ça n'a aucun intérêt. D'ailleurs, quand on le fait c'est qu'hypothétique. » (E11)

Parmi ceux qui sont contre ce mode de rémunération, elle représente une partie de revenu indispensable pour compenser la rémunération à l'acte.

« On est à peu près entre 15 et 20 % de forfait. C'est sûr qu'aujourd'hui, on ne peut pas s'en passer. Parce que tu sens que tu galères jusqu'à ce que ça tombe. Et c'est à ce moment-là où tu vois... Ça compense. Oui, en fait, tu attends désespérément l'arrivée du mois de mars, avril. » (E7)

d. Salariat

Le salariat est perçu comme plus sécurisant avec une meilleure protection sociale ainsi qu'une meilleure retraite.

« - Et puis en même temps, j'ai un petit salariat. Et j'aurai, si je continue, une petite retraite complémentaire qui n'est pas négligeable. - Tu envisages de baisser ta part libérale pour du salariat ? - Ça va dépendre de ce qui va se passer là (négociation conventionnelle du 8/02/2024), fortement, de ma rémunération et de l'organisation de mon travail. Si ça ne se passe pas bien, je vais me poser des questions... » (E8)

Lorsqu'il s'ajoute à l'activité libérale, il permet également de diversifier sa pratique.

« C'est plus de diversifier ma pratique et donner un petit peu de dynamisme à notre train-train quotidien que pour les avantages du salariat. Casser un peu la routine du boulot [...] » (E9)

Les opinions sont divergentes, soulignant la complexité de trouver le système idéal. Certains sont ouverts à différents modèles tant que la rémunération est juste et reflète leur travail. La rémunération à l'acte est préférée, mais critiquée, car elle favoriserait la quantité sur la qualité des soins, et certains médecins souhaiteraient une simplification du système de cotation. Une rémunération modulable en fonction de la complexité des cas est proposée comme une solution. La capitation est vue comme ne reflétant pas la diversité des besoins des patients, et bien que les forfaits et les ROSP apportent une compensation, leur méthode de calcul est jugée opaque et peu pertinente. Le salariat attire pour sa sécurité et la protection sociale qu'il offre.

IX. Comparaison aux autres systèmes de santé

1. Peu de connaissance sur les autres systèmes de santé

La majorité des médecins interrogés ne s'intéressait pas à ce qui se passait ailleurs. Sans réelle connaissance sur le sujet, tous supposaient une meilleure rémunération qu'en France et donc des moyens matériels plus importants.

« Je ne sais pas quelles sont leurs conditions de travail, leur niveau d'imposition. Mais si mes 2 amis restent en Suisse, je suppose qu'ils ne sont pas malheureux. » (E2)

« Non, vraiment pas en détail franchement. Si ce n'est qu'au niveau des rémunérations, c'est peut-être plus intéressant dans d'autres pays, mais après sur le détail non, je connais pas. » (E11)

« [...] ce que les syndicats mettent en avant, c'est que les niveaux de rémunération, au moins à l'acte, [...], sont largement supérieurs à ce qu'on a en France. » (E1)

« Alors il y avait un médecin français qui avait réussi à faire son cursus en parallèle aux États-Unis et qui, lui, ça faisait rêver, parce qu'il avait l'espèce de cabinet high tech avec plein de personnel. Et il s'en sortait très très bien. » (E7)

2. Des idées intéressantes à importer

Parmi ceux qui ont une légère connaissance des autres systèmes de santé, il ressort quelques points intéressants comme un système de cotation plus adapté à chaque cas et un « mélange des secteurs de conventionnement » comme en Espagne.

« Alors, ce que j'ai cru comprendre sur la Suisse, c'est que tu as une première consultation. Si tu incréments des points supplémentaires, il y a une incrémentation des tarifs. Ça, ça pourrait être pas mal aussi. [...]. Par contre, le système espagnol où tu peux le matin être à tarif d'État. Et l'après-midi, tu pratiques selon un tarif que toi, tu fixes. Je trouve que ça peut être un compromis intéressant qui évite que tout le monde se barre dans un secteur privé que pour les riches. [...], c'est un peu comme ce qu'ils ont fait dans les hôpitaux. » (E7)

3. Perçu parfois comme une porte de sortie

En cas de dégradation des conditions d'exercice, les pays francophones comme le Québec sont vu comme des possibilités.

« J'ai une cousine au Canada qui m'a dit « viens t'installer au Canada ! », je ne sais plus, je crois qu'ils sont en 75€ la consultation au Canada, si je ne dis pas de bêtises. D'ailleurs, ils en manquent énormément, donc je sais que ça pourrait être une solution. » (E2)

La plupart des interrogés admettent ne pas connaître réellement les autres systèmes de santé, mais supposent que la rémunération y est meilleure qu'en France, ce qui impliquerait également de meilleurs moyens matériels. Quelques-uns évoquent des aspects qui pourraient être bénéfiques s'ils étaient adoptés en France, comme un système de cotation plus flexible en Suisse ou la possibilité de combiner tarifs publics et privés comme en Espagne. Pour certains, l'idée de s'expatrier dans des pays francophones comme le Québec devient attrayante face à la dégradation des conditions d'exercice en France.

X. Rendre attractive la médecine générale et améliorer l'accès aux soins

1. Une meilleure rémunération

La rémunération semble être l'élément central de la perte d'attractivité de la médecine générale, notamment pour le libéral.

« Alors tout ne passe pas par l'argent, mais en tout cas, aujourd'hui, je pense que si nos jeunes sont aussi attirés par, soit faire de la médecine salariée, soit aller dans nos centres de santé à horaires élargis, c'est aussi par rapport à notre activité au niveau économique (ndlr : peu rentable) qui permet derrière d'avoir une qualité de vie plus sympathique » (E2)

« Je ne suis pas pour l'ultralibéralisme de base, mais à partir du moment où il y a une médecine libérale qui existe et qu'on est dedans, laissons-nous un statut libéral. Parce qu'aujourd'hui, c'est l'État qui fixe tes tarifs. Tu fais un cours d'économie, tu as des charges, tu ne peux pas les répercuter. Mais il n'y a aucune entreprise qui accepterait ça. » (E7)

2. Valoriser les consultations longues ou complexes

Afin de faire revenir les MG vers la médecine générale qui implique un suivi et des consultations parfois complexes, il semble pertinent de proposer une revalorisation de ces consultations.

« Les jeunes se posent des tas de questions, qu'est-ce que je vais faire ? Notre dernière remplaçante, elle va faire de la médecine esthétique, celle d'avant, elle fait de l'hypnose, mère-enfant, lactation, et gestion des troubles du sommeil chez l'enfant, 80 euros la consult' sans feuille de soin, et ça marche super bien. Celui d'avant, qu'est-ce qu'il fait ? Il est en Belgique, il travaillait dans une clinique, où ça n'a rien à voir, celui d'avant, il est dans une maison médicale qu'il a créée à Nice, et au final, il n'y a pas grand monde qui fait de la médecine générale. » (E4)

« Parfois, je veux dire, il y a ça, puis ça, puis ça. Il faudra une heure sur les dossiers complexes, il faudra une heure par patient. On ne l'a pas matériellement, donc ça nous fout dedans, en fait. Et en même temps, ces dossiers-là, il n'y a pas moyen de se faire payer plus, quoi. » (E7)

3. Reconnaissance au même titre que les autres spécialités

Cette différence de traitement qui est faite sur tous les plans, pas uniquement financiers, participe à ce que les jeunes ne souhaitent plus s'installer comme médecin généraliste.

« Il n'y a pas de raison qu'on soit la dernière spécialité à ne pas avoir une consultation à 30€. Déjà, c'est la base. Et sans prétention, je considère qu'on fait partie des spécialités les plus complexes. » (E2)

« Au sein de la profession de médecin : scandale éhonté. Je veux dire, je pense qu'on bosse tout autant que n'importe quel spécialiste, si ce n'est parfois plus. Je pense qu'on a du mérite aussi à faire ce qu'on fait, c'est-à-dire être les médecins empathiques que l'on est, de premiers recours, à rassurer nos patients, à les écouter, à répondre parfois aux questions que les spécialistes n'ont pas pris le temps de répondre. Et on a une rémunération qui est trois fois inférieure à la leur en moyenne. Je pense que c'est un vrai problème. » (E9)

4. Diminuer la charge administrative

Au-delà de la charge administrative liée à l'activité libérale (comptabilité, gestion, ...), la suppression des certificats médicaux obligatoires permettrait de libérer du temps médical.

« [...] si on veut dégager du temps médical, il suffisait d'enlever l'arrêt de travail de moins de 3 jours. Un truc qui se passe entre l'employeur et l'employé, ça dégage une place folle dans les cabinets. Le nombre de gens qui ont la gastro, ils s'en fichent complètement de notre avis, mais ils viennent parce qu'il leur faut le papier. Les certifs à la noix pour l'école, la cantine, la journée enfant-malade. » (E7)

« Ouais, ouais, les certificats, les certificats à la con. Ils nous demandent des trucs pour tout et pour rien. » (E8)

5. Allègement de la fiscalité et des charges sociales

Afin de faciliter l'installation, la diminution des charges sociales, voire de la fiscalité, permettrait d'augmenter le nombre de MG installés.

« Après, peut-être qu'on peut un peu diminuer les charges sociales. Parce que franchement, ce qu'on paye comme charges, c'est gratiné quand même. Entre URSSAF et la CARMF, là, c'est vraiment beaucoup. Au niveau fiscalité, on est quand même pas mal assommés aussi. Donc ça serait une idée à explorer. » (E6)

6. Protection juridique

Une des craintes chez les jeunes est d'engager directement leur responsabilité en cas de problème. Une meilleure protection juridique permettrait d'enlever ce frein.

« Je crois que ceux qui s'installent pas en libéral, je crois que c'est qu'ils ont la trouille un peu du procès. Je pense qu'ils ont plus la trouille de ça. » (E6)

« Par contre, tous les jeunes remplaçants qu'on a, ils sont tous très stressés par ça. Mais je pense qu'à la fac, on vous formate pour ça, on vous parle beaucoup de tout ça. Je vois les jeunes remplaçants, ils ont l'assurance perte d'activité, l'assurance procès, l'assurance-ci, machin... » (E4)

7. Éducation des patients

La surconsommation a été rapportée comme une des principales causes du problème d'accès au soin. Une éducation des patients pourrait être réalisée par les instances comme cela a été le cas avec les antibiotiques.

« [...], c'est de les faire réfléchir en amont sur la légitimité de leur consultation. » (E9)

<p>Pour améliorer l'attractivité de la médecine générale et l'accès aux soins, les MG suggèrent plusieurs mesures. Une meilleure rémunération est vue comme cruciale, en particulier pour valoriser les consultations longues ou complexes, afin de compenser l'investissement et la</p>
--

charge de travail. Une reconnaissance équivalente à celle des autres spécialités médicales est également nécessaire, tant en termes de rémunération que de respect professionnel. La réduction de la charge administrative, notamment par la suppression de certains certificats médicaux non obligatoires, pourrait libérer du temps pour les soins. Une diminution des charges sociales et fiscales encouragerait l'installation en libéral. Une meilleure protection juridique contre les risques de procès rassurerait les jeunes médecins. Enfin, l'intégration des soins non programmés dans les pratiques et une sensibilisation des patients pour éviter la surconsommation de soins sont envisagées comme des mesures complémentaires.

Discussion

I. Exposition du résultat principal de l'étude

Les médecins expriment une inquiétude face à l'évolution de leur profession, marquée par une surconsommation de soins et un manque de reconnaissance de la part des instances (assurances maladies et ministère de la santé), mais aussi des patients. Ils sont également préoccupés par les défis liés à la délégation des tâches, en particulier vers les infirmiers en pratique avancée, et par les changements de leur mode de rémunération qui tend vers la capitation.

1. Attachement à l'exercice libéral

Il apparaît à travers tous les entretiens réalisés un attachement profond aux principes de l'exercice libéral. L'indépendance et l'autonomie dans la prise de décision ainsi que la possibilité de construire une relation médecin-patient sont des éléments importants dans le choix de ce mode d'exercice. De plus, il permet une certaine flexibilité avec le choix du lieu d'exercice et la gestion du temps de travail favorisant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Malgré toutes les contraintes, principalement administratives, il reste le mode d'exercice principal de la médecine générale en France. Ces résultats sont identiques à ceux retrouvés dans le travail de F. LENGLET (33).

2. Impression de surconsommation en soins chez quasiment tous les médecins

La surconsommation de soins en France, telle qu'évoquée durant les entretiens, souligne une tendance à la demande excessive de consultations médicales, souvent pour des affections mineures ou des situations ne nécessitant pas nécessairement d'intervention médicale. Cette tendance serait exacerbée par l'émergence des centres de consultation ouverts en continu, renforçant l'attente des patients pour une accessibilité immédiate aux soins. Les médecins expriment leur préoccupation face à cette surconsommation, qui peut parfois conduire à une diminution de la qualité des soins et à une pression accrue sur les ressources du système de santé. La pandémie de COVID-19 semble avoir joué un rôle dans l'évolution des attentes des patients, certains s'étant habitués à des demandes à distance sans rendez-vous ajoutant une charge de travail et une source de stress supplémentaire. Les médecins se trouvent donc dans une position délicate, avec la nécessité de répondre à la demande de soins croissante tout en devant maintenir une médecine de qualité. Ce phénomène souligne la nécessité d'une réflexion approfondie sur les modèles de soins et l'éducation des patients quant à l'utilisation appropriée des services de santé.

3. Sentiment de manque de reconnaissance

La médecine générale se distingue par son large champ de compétence, positionnant le médecin généraliste comme le pivot central du parcours de soins. Son rôle d'orientation, bien que crucial, n'est qu'une partie de son travail. Les entretiens révèlent une frustration quant à la perception réductrice de leur rôle, parfois limité à l'aiguillage des patients vers des spécialités plus ciblées. Leur expertise s'étend au diagnostic et à la prise en charge de maladies aiguës et chroniques, y compris celles présentant une certaine complexité, tout en tenant compte des données psychologiques et sociales. Ces compétences dépassent celles d'un simple prestataire de service, perception renforcée par des sollicitations non médicales, dont la demande de certificats médicaux non obligatoires. Ce sentiment d'injustice est amplifié par les écarts significatifs de rémunération par rapport aux autres spécialistes, ce qui accentue le ressenti d'une dévaluation de leur expertise et de leur rôle central dans le système de soins.

4. Avis très partagé sur la délégation des tâches

La délégation des tâches, notamment vers les infirmiers en pratique avancée (IPA), suscite un débat parmi les MG. Certains, en particulier les plus jeunes et ceux impliqués au niveau universitaire, y sont plutôt favorables, voyant en cette mesure une opportunité de soulagement dans leur pratique quotidienne. Toutefois, ils expriment plusieurs réserves quant à la délégation des tâches aux IPA, notamment l'inquiétude liée à l'accès direct qui pourrait perturber le parcours de soins coordonné par le médecin traitant, la formation possiblement insuffisante des IPA pour assurer le suivi de pathologies complexes bien qu'équilibrées et le partage de la responsabilité médico-légale en cas d'erreur surtout dans le cadre d'un exercice indépendant. Leur présence en milieu hospitalier et encadré par les médecins y est mieux perçue. Ils expriment leur crainte concernant certaines tâches qu'elles ne soient simplifiées par des protocoles au point de négliger la complexité inhérente à chaque cas. Bien qu'une partie des médecins interrogés étaient peu informés sur les IPA, certains plus informés ont montré leur agacement en évoquant leur rémunération forfaitaire trimestrielle pour le suivi de patient stable en ALD qui serait supérieure à celle des médecins. Les médecins craignent également qu'une délégation des actes simples sans revalorisation adéquate des consultations médicales ne conduise à un déséquilibre financier. En effet, ces consultations « simples » déléguables sont perçues comme une manière d'équilibrer ce défaut de rémunération des cas complexes et chronophages.

Concernant l'intégration des assistants médicaux, les médecins se montrent nettement plus ouverts que pour la délégation de tâches aux IPA, principalement en raison du caractère moins indépendant de ces assistants, qui agissent en soutien direct au médecin. Cette collaboration est perçue comme un moyen d'alléger le fardeau administratif, de fluidifier les processus au sein du cabinet et de permettre aux médecins de se concentrer davantage sur l'aspect médical de leur métier. Cependant, l'enthousiasme à ce sujet est également tempéré par des questions pratiques et financières. La principale préoccupation réside dans le modèle de financement proposé, financement subventionné conditionné par une augmentation de la patientèle et donc de la productivité, ce qui pourrait s'avérer difficile à réaliser sans compromettre la qualité des soins. Il entraîne également une incertitude sur la pérennité de ces subventions. De plus, la problématique des locaux demeure toujours un frein significatif : l'aménagement ou l'agrandissement des espaces pour accueillir ces nouveaux collaborateurs implique des coûts supplémentaires, difficilement supportables à l'heure actuelle. Encore plus difficilement supportable dans une région comme la nôtre où le marché immobilier y est tendu. En somme, si l'intégration des assistants médicaux est accueillie favorablement comme une mesure susceptible d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins en médecine générale, sa mise en œuvre effective nécessite une réflexion approfondie sur les modalités de financement et l'adaptation des infrastructures existantes.

Les médecins se montrent majoritairement favorables à la délégation de la vaccination aux pharmaciens (entre autres), reconnaissant dans cette mesure une stratégie efficace pour améliorer la couverture vaccinale. Ils considèrent la vaccination comme un acte relativement simple qui peut être aisément pris en charge par les pharmaciens, contribuant ainsi à alléger la charge de travail des cabinets médicaux et à faciliter l'accès aux vaccins pour la population. Mais cette approche suscite également certaines réserves. Les médecins soulignent l'importance des consultations de vaccination comme opportunités de suivi et de prévention, en particulier pour les jeunes adultes qui consultent moins fréquemment. Ces moments permettent d'aborder d'autres aspects de la santé préventive qui pourraient ne pas être réalisés si la vaccination est effectuée en dehors du cadre du cabinet médical. L'inquiétude s'étend à la compétence et à la formation des pharmaciens en matière de diagnostic et de traitement des pathologies même « simples ». Ils soulignent l'importance de l'examen clinique et du diagnostic, qui ne constituent pas le cœur de la formation initiale des pharmaciens, qui sont cruciaux pour une prise en charge adaptée. Ils insistent sur le fait que le suivi rigide de protocoles ne saurait tenir compte de la diversité et la complexité inhérentes à chaque cas, ce qui pourrait limiter la qualité des soins.

Cette situation pourrait entraîner une perte de chance pour les patients, notamment si des symptômes nécessitant une évaluation médicale plus poussée sont négligés ou mal interprétés.

La téléconsultation est considérée comme utile pour certains cas précis, lorsqu'elle est réalisée avec le médecin traitant du patient. En revanche, les télécabines installées dans les gares font l'objet d'une vive critique. Elles sont perçues comme une aberration susceptible de dégrader la qualité des soins et d'entraîner une perte de chance pour le patient. De plus, elles pourraient favoriser une surconsommation de soins. Il existe donc la nécessité d'instaurer un cadre légal pour les téléconsultations, notamment pour les entreprises qui en font un commerce.

5. Part administrative des consultations (certificat)

La part administrative inhérente à la pratique de la médecine générale est perçue comme un fardeau chez tous les interrogés. Elle concerne en particulier la rédaction de certificats médicaux non obligatoires ainsi que les arrêts de travail courts qui entraînent des consultations non médicalement justifiées. Ils expriment le souhait d'une réforme visant à réduire cette demande non médicale afin de libérer du temps et améliorer l'accès aux soins.

6. Souhait général d'une revalorisation

La revalorisation financière figure comme un point indispensable chez les MG interrogés, qui souhaitent une meilleure reconnaissance de leur contribution au système de santé. Ils expriment le besoin d'une augmentation de leur rémunération, qui, selon eux, ne reflète pas actuellement le niveau de leurs responsabilités ni la complexité des soins qu'ils fournissent. Cette question de rémunération est d'autant plus importante qu'elle touche à la comparaison avec d'autres spécialités médicales, où les écarts de revenus sont parfois selon eux injustifiés au regard du travail effectué par chacun. D'une manière plus générale, les médecins pointent du doigt le déséquilibre entre leur investissement personnel, marqué par de longues années d'études et un engagement quotidien auprès de leurs patients, et la rétribution financière qu'ils en retirent. Ils estiment que cette situation affecte non seulement leur motivation, mais également l'attractivité de la médecine générale pour les nouvelles générations de médecins, ce qui pourrait à terme aggraver les problèmes d'accès aux soins. Pour remédier à cette situation, ils appellent à une revalorisation globale du système de rémunération, incluant une hausse du paiement à l'acte en priorité et une meilleure valorisation des actes complexes afin de valoriser la qualité des soins, plutôt que la productivité. En valorisant le suivi, on attire les médecins vers les cabinets « classiques » plutôt que vers les centres de soins non programmés. En effet, pourquoi s'installer et suivre les cas les plus complexes lorsque l'on peut se cantonner à des consultations

simples à la volée dans des centres de consultation sans rendez-vous ? La revalorisation financière globale est perçue comme un levier crucial pour l'attractivité de la médecine générale.

7. Question complexe concernant les modes de rémunération

Les modes de rémunération constituent un sujet complexe et délicat, soulevant diverses opinions parmi les professionnels interrogés.

La rémunération à l'acte, actuellement principal mode de rémunération des MG français, est souvent critiquée, car ne reflétant pas fidèlement la diversité et la complexité des interventions réalisées en médecine générale. Certains soulignent que ce système peut inciter à privilégier le nombre des consultations au détriment de leur qualité et ne prend pas en compte les soins complexes ou les consultations longues qui exigent une attention et une expertise particulières. De plus, le système de cotation est perçu comme complexe et difficilement applicable. Malgré ces critiques, il s'agit du mode de rémunération préféré des participants.

D'autres formes de rémunération, comme la capitation, représentée en France par les forfaits et les revenus sur objectif de santé publique (ROSP), sont évoquées comme levier potentiel, pour la revalorisation des MG. Elle représente actuellement entre 10 à 20 % du chiffre d'affaires des médecins interrogés. Une rémunération à la capitation permettrait une rémunération stable basée sur le nombre de patients inscrits, favorisant ainsi une approche de soins préventifs et de suivi à long terme. Cependant, elle risque de ne pas prendre en compte la variabilité des besoins individuels des patients.

Opter pour le salariat est perçu par certains comme une alternative offrant davantage de stabilité, une meilleure couverture sociale et une réduction des tâches administratives associées à la pratique libérale. Ce choix marque une rupture profonde avec l'exercice libéral traditionnel et pourrait restreindre l'indépendance professionnelle, en raison des possibles pressions à accroître la productivité et donc la rentabilité des établissements employeurs.

Face à ces défis, une réflexion approfondie s'impose pour concevoir un modèle de rémunération équitable et incitatif, qui valorise l'ensemble des compétences des MG et soutienne une médecine de qualité.

II. Confrontation des résultats aux données connues de la littérature

1. Surconsommation en soin et exigence des patients

Les entretiens menés lors de ma thèse montrent une convergence avec les sentiments exprimés dans le travail de MOUGEOLE (2017) à Lyon concernant le consumérisme médical (34). Elle met en lumière les défis auxquels les MG sont confrontés en raison de la surconsommation en soins. Les médecins décrivent une pression croissante exercée par des patients qui revendiquent des droits à des soins souvent au-delà de leurs besoins médicaux réels. Cette dynamique conduit à un sentiment de dévalorisation professionnelle, mais également de dégradation des conditions d'exercice, par la nature chronophage et parfois abusive des demandes de soins. Elle réduit le temps médical disponible pour des consultations de qualité et pousse les médecins à se sentir réduits au rôle de prestataires de services. Face au consumérisme médical, l'éducation des patients apparaît comme une des stratégies clés pour réaffirmer le rôle du médecin généraliste et promouvoir une prise de décision médicale partagée.

Une partie de cette surconsommation pourrait être liée à des prescriptions faites à la demande des patients. Des avis similaires sont retrouvés dans un sondage réalisé auprès des médecins par la FHF (Fédération Hospitalière de France). Elle concerne les médecins hospitaliers, libéraux spécialistes en MG et autres spécialités. Parmi les MG libéraux interrogés dans cette étude, 27 % pensent que certains actes et examens réalisés ne sont pas justifiés. Ces examens seraient dus aux demandes des patients et liés à la peur du risque judiciaire majoritairement (35). Toujours dans la même population, 60% estiment que le risque de mise en cause judiciaire a modifié leur exercice en incitant à la réalisation d'examens supplémentaires. Parmi nos participants, certains admettent parfois prescrire des examens paracliniques non recommandés en cas de demande du patient, s'il existe un doute, même s'ils ne souhaitaient pas le faire initialement afin d'éviter une potentielle plainte. Une étude étasunienne de 2023 retrouve les mêmes difficultés chez les MG (36), c'est-à-dire une difficulté entre les attentes des patients en termes d'imagerie et la bonne utilisation des ressources de santé. Les médecins ayant déjà été mis en cause admettent des changements dans leurs prescriptions avec une tendance à la surprescription par crainte d'une nouvelle plainte.

2. Part administrative

Dans notre étude, la part administrative du travail est souvent perçue comme un fardeau significatif qui empiète sur la pratique médicale. Les entretiens révèlent un sentiment de frustration face à la lourdeur des tâches administratives, notamment en ce qui concerne les interactions avec la sécurité sociale et la gestion des dossiers patients. Cette charge

administrative est considérée comme conséquente, réduisant le temps disponible pour les soins directs aux patients et augmentant le stress et la pression au quotidien.

Ce ressenti dans nos entretiens sur la charge administrative est conforté par l'étude réalisée par la DREES en 2012 (Les emplois du temps des médecins (37)). En effet, dans cette étude, la durée moyenne déclarée de tâches de gestion, secrétariat, comptabilité, en dehors des consultations et visites la semaine précédant l'enquête est de quatre heures soit 7 % du temps de travail hebdomadaire moyen, allant de 3,7 heures jusqu'à 5 heures.

On parle aussi de « bureaucratisation » de la médecine libérale (38). D'une part, elle serait due aux contrôles par l'assurance maladie des pratiques vécues comme « *de plus en plus tatillon et rapproché* », et d'autant plus que cela est ressenti comme « *la manifestation d'un soupçon permanent des institutions publiques envers la profession* ». D'autre part, la bureaucratisation serait liée à la « *subordination d'un grand nombre d'activités ou d'avantages sociaux qui nécessitent d'être certifié par un médecin* » d'où une impression de demande de certificat de plus en plus fréquent.

3. Délégation des tâches

À propos des IPA, nos résultats sont comparables à la thèse du Dr Aghnati (2021) (23). Premier élément, le rôle des IPA est perçu comme plus adapté au milieu hospitalier. Deuxième similarité, on retrouve un défaut d'information sur le rôle des IPA et donc un risque de mauvaise intégration pour un exercice coordonné. Il y a donc la nécessité d'effectuer un travail de sensibilisation auprès de tous les acteurs pour favoriser un exercice coordonné, notamment grâce aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Concernant les CPTS : les jeunes médecins, en particulier ceux qui y sont impliqués, s'y montrent favorables et soulignent l'importance de promouvoir leurs actions. Elles sont perçues comme prometteuses pour améliorer la coordination et l'efficacité des soins. Ces résultats sont superposables à l'étude DREES publiée en 2023 où 31% des médecins faisant partie d'une CPTS en fonctionnement pensent qu'il s'agit d'un mode d'organisation incontournable dans les années à venir, et seulement 7 % pensent la même chose parmi ceux qui n'en font pas partie (39). L'intérêt des CPTS est d'améliorer l'accès aux soins pour les patients en participant à l'élaboration de protocoles par exemple, mais c'est aussi de renforcer la coordination entre les médecins et les paramédicaux en créant un réseau coordonné. Cet exercice coordonné favoriserait l'installation en rendant les territoires plus attractifs. Cependant, des inquiétudes subsistent quant à la charge administrative supplémentaire que les CPTS pourraient représenter

pour les médecins, déjà surchargés. De plus, leurs financements étant soumis à la signature d'un accord tripartite avec l'ARS et l'Assurance maladie (Accord conventionnel interprofessionnel – ACI), on peut se questionner sur l'indépendance à terme de leurs missions (40).

Toujours en comparaison avec l'étude DREES de 2023 (39), le rôle des assistants médicaux était bien mieux connu et semblait bien mieux accepté. En effet, 91 % des médecins interrogés avaient entendu parler du métier d'assistant médical. Début 2022, 5 % des MG étaient aidés par un(e) assistant(e) médical(e). 40% des médecins interrogés pensaient que les assistants sont une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.

Les avis concernant la prise en charge de pathologies simples par les pharmaciens sont partagés. On retrouve des similitudes sur les freins à cette prise en charge dans le travail du Dr Bernardin (2020) (41). Bien que la majorité des médecins soient favorables à la délégation de la vaccination afin d'améliorer la couverture vaccinale, ils émettent des doutes sur la formation et les compétences des pharmaciens sur la prescription et le diagnostic de pathologie à priori simple.

4. Les modes de rémunération

Les médecins ont rapporté avec peu de précision la part de leur revenu liée à la capitation : elle était estimée entre 10 à 25 % du chiffre d'affaires. Ce qui est proche des chiffres de l'étude DREES sur *Les dépenses de santé en 2022* (42). La consommation de soins courants par les MG en ville atteint 10,8 milliards d'euros, représentant 4,6% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La majorité de ces coûts (68,1%) est attribuée aux honoraires des consultations et visites à domicile puis les revenus de capitation (17,8%), la prise en charge des cotisations sociales (5,7%), les actes techniques (5,6%) et les téléconsultations (2,7%).

On observe une tendance à la baisse de la part liée aux actes en faveur de la capitation. En particulier, la ROSP s'est élevée à 733 millions d'euros en 2022, marquant une nette augmentation par rapport aux 263 millions d'euros enregistrés en 2017. Par ailleurs, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) s'élève à 897 millions d'euros en 2022, légèrement inférieur aux 902 millions d'euros de l'année précédente.

Depuis quelques années et récemment, le gouvernement et l'assurance maladie ont fait part de leur volonté d'augmenter la part de revenu lié à la capitation (30). Dans notre étude, les avis des principaux concernés étaient plutôt partagés de la même manière que dans la thèse du Dr DEHESTRU (2019)(43) : 45 % étaient favorable et 40 % défavorable (14% neutre).

Afin de mieux percevoir les tenants et aboutissants des modes de rémunération, il semble pertinent d'approfondir le sujet (44).

a. Capitation

Dans ce modèle, la rémunération est basée sur l'inscription d'un patient dans la patientèle du médecin. En partant de ce principe, le médecin a tout intérêt à diminuer le nombre de consultations avec son patient afin d'augmenter sa disponibilité ou son temps libre. Cette tendance à rationner les soins est régulée par la liberté des patients de changer régulièrement de médecin, ce qui introduit une dimension compétitive entre médecins. Cette « concurrence » peut favoriser le retour d'un certain clientélisme. Le médecin est amené à réaliser plus de prévention, toujours pour limiter théoriquement les futures consultations avec le patient. De plus, il n'y aura pas d'intérêt à fractionner les consultations pour gérer plusieurs motifs, mais plutôt à réaliser des consultations plus « globales » toujours pour limiter les consultations par patient. Néanmoins, il existe un risque que les médecins sous capitation évitent de prendre en charge les patients nécessitant des soins plus lourds, à moins que la rémunération ne soit ajustée pour refléter l'effort qui doit être fourni. Ce mode de rémunération peut favoriser la délégation des tâches pour optimiser l'accès aux soins.

b. Paiement à l'acte

Dans ce modèle, le médecin est incité à augmenter le nombre de consultations étant donné que chaque consultation est une source de revenus. Cela entraîne une plus grande disponibilité pour les patients et on améliore ainsi l'accès aux soins. Le risque pour l'assureur est l'induction de la demande par les médecins. Celui-ci a également intérêt à fractionner les soins pour conserver ses revenus, ce qui peut limiter la prise en charge holistique. Ce mode de rémunération ne favorise pas le travail en équipe.

5. Les niveaux de rémunération

L'impression de baisse de revenus ou de perte de pouvoir d'achat de la profession retrouvée durant les entretiens pourrait s'expliquer par la baisse des bénéfices nets de $-5,72\%$ sur l'année 2022 (45). Elle est probablement en rapport avec la hausse des charges sans possibilité de répercuter sur le prix de la consultation. Si on ajoute à cela l'inflation de 2022 de $5,2\%$ (46), la perte de pouvoir d'achat totale est de plus de 9% . De manière concrète, grâce au convertisseur de l'Insee (47) qui tient compte de l'érosion monétaire due à l'inflation, 25 € en 2017 (dernière augmentation) a la même valeur que $29,01\text{ €}$ en 2023. On peut donc comprendre l'agacement perçu dans les entretiens concernant la dernière augmentation de $1,50\text{ €}$ sur le tarif de la

consultation. Les revenus, et donc l'acte, sont perçus comme insuffisants au regard du travail effectué avec un système de cotation complexe et peu adaptable en fonction des consultations. Ces impressions sont similaires à celles recueillies dans le travail réalisé par DEVOUCOUX à Tours (48).

La différence de revenu entre MG et « spécialistes » évoquée n'est pas que ressentie puisque les médecins toutes spécialités (secteur 1) confondues gagnent en moyenne 34,4 % de plus (45) concernant les revenus de 2022.

Les médecins reconnaissent avoir des revenus significativement supérieurs à ceux des Français d'une manière générale. Dans une publication de l'OCDE (49), la rémunération des médecins de différents pays est comparée au salaire moyen à temps plein de l'ensemble des travailleurs du pays concerné. Ainsi, en France, le salaire des MG libéraux est 3,0 fois supérieur (5,1 fois pour les spécialistes libéraux). Pour avoir quelques éléments de comparaison, c'est en Allemagne que la différence est la plus importante (4,4 fois supérieur), 2,5 fois en Belgique. Toutefois, il convient de tenir compte du temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux qui est de 54 heures déclarées (dont 44,5 heures auprès des patients). Pour les salariés à temps complet en France, elle est de 38,9 heures (50), soit 28 % de moins.

III. Discussion des données non significatives et/ou divergentes

La question de l'exercice de la MG dans d'autres pays durant nos entretiens a apporté peu d'éléments à cause du manque de connaissance sur le sujet. Néanmoins, il en ressort, d'après les ouï-dire, une meilleure rémunération, de meilleurs locaux et conditions de travail du fait de leur plus grande capacité d'investissement matériel et humain.

Pour approfondir notre réflexion, il est pertinent d'examiner deux systèmes de santé aux fonctionnements distincts. Le premier système, de type beveridgien, est très différent du nôtre, se caractérisant par un financement public intégral des soins de santé, sans participation directe des patients. Le second système, de type bismarckien, est similaire au nôtre avec une particularité dans la rémunération des médecins, où la part capitation des revenus est majoritaire. C'est vers ce modèle que nous semblons nous orienter progressivement.

1. Le Royaume-Unis

C'est un système **beveridgien** donc financé par l'impôt et représenté par le National Health Service (NHS). Son organisation est complexe (51), c'est pourquoi nous ne la détaillerons pas précisément.

Elle comprend :

1. Au niveau national :
 - a. **Department of Health and Social Care** : Au sommet de la hiérarchie, il définit les orientations stratégiques et les priorités pour le NHS.
 - b. **NHS England** : supervise l'organisation et le financement des services de santé en Angleterre.
2. Au niveau régional :
 - a. NHS Regional Offices
 - b. Clinical Commissioning Groups (CCGs) remplacés par les Integrated Care Systems (ICS)
3. Au niveau local :
 - a. **NHS Trusts** : Organisations qui gèrent les hôpitaux et d'autres services de santé spécialisés.
 - b. **Foundation Trusts** : Hôpitaux et services de santé spécialisés qui ont une plus grande autonomie par rapport au NHS England.
 - c. **GP practices** : Cabinets de médecins généralistes qui dispensent des soins de santé primaire aux patients.

La plupart des MG sont des entrepreneurs indépendants qui ont un contrat avec le NHS (52), appelé contrat de « **General Medical Services** » (GMS). Il existe d'autres types de contrats tels que les « Personal Medical Services » (PMS) et les « Alternative Provider Medical Services » (APMS) moins répandus.

Une partie importante de la rémunération des MG britanniques provient d'un système de capitation, ajusté selon des facteurs tels que l'âge et les conditions de santé, pour refléter la charge de travail attendue. Le « **Quality and Outcomes Framework** » (QOF) est un système de paiement pour performance qui rémunère les MG pour la gestion de certaines maladies chroniques (comme le diabète et l'hypertension), ainsi que pour la réalisation de certains objectifs de santé publique et de qualité des soins.

Certains MG peuvent être employés directement par un cabinet ou un Trust du NHS et recevoir un salaire fixe.

D'après les statistiques collectées par la NHS (53), en 2020/2021, les recettes des MG libéraux sous contrat s'élevaient à 296 700 £ (équivalent à 347 000 € en 2024). Le revenu net avant impôt s'élevait à 142 000 £ (équivalent à 166 000 € en 2024).

2. L'Allemagne

C'est un système Bismarckien. Il est composé d'une assurance maladie légale ou obligatoire (Gesetzliche Krankenversicherung, **GKV**) gérée par des caisses d'assurance maladie

autonomes financées par les cotisations salariales et patronales (89% de la population couverte), et une assurance maladie complémentaire ou privée (Private Krankenversicherung, **PKV**) (11 %) pouvant prendre en charge des services supplémentaires (choix du médecin, de l'hôpital, des chambres privées, etc.) (54).

Les médecins sont représentés par les **associations de médecins conventionnés** (Kassenärztliche Vereinigungen) et vont gérer les relations entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. Elles sont responsables de la répartition des fonds aux médecins et assurent que les soins médicaux sont disponibles et accessibles à tous les assurés.

La **rémunération à l'acte** est le principal mode de rémunération des MG libéraux. Elle est basée sur un système de point (EBM) qui est fonction de la complexité de chaque acte réalisé. Ces points sont convertis en euros et cette valeur varie en fonction des volumes de prestations et des ajustements budgétaires. On retrouve un système de plafonnement des honoraires avec des tarifs dégressifs au-delà d'un certain volume d'acte. On retrouve une rémunération à la **capitation**. Elle est versée en fonction du nombre et du type de patient suivi, mais aussi en fonction de la région d'exercice. Il existe également une rémunération liée au respect de l'utilisation d'une **enveloppe de budget global** (Praxisbudget). Elle permet de sensibiliser le médecin aux dépenses de santé publique. La dernière forme de rémunération concernant les honoraires liés à des services non couverts par l'assurance maladie obligatoire.

A côté de cela, le médecin peut être rémunéré par les patients ayant souscrit à une **assurance privée**. Les médecins peuvent ainsi facturer selon un barème distinct du GKV (**GOÄ** – grille tarifaire des médecins) qui peut aller jusqu'à 3,5 fois la valeur standard (55).

À noter, la part exacte de chaque mode de rémunération n'est pas détaillée dans la source citée (56), mais, la part forfaitaire est présentée comme plus importante qu'en France dans la rémunération par l'assurance maladie légale (GKV). D'après l'Office fédérale de la statistique en Allemagne (57), les recettes moyennes d'activité libérale en MG en 2021 s'élevaient à 537 000 euros avec un revenu net moyen à 292 000 euros (avant impôt et déduction des charges sociales).

IV. Exposition des biais et limites de l'étude (validité interne)

Nous avons pu répondre à l'objectif principal concernant l'évolution passée de l'exercice de la MG ainsi que le ressenti sur l'avenir de la profession en termes de mode de rémunération et

délégations des tâches. L'actualité de ces questions et les négociations conventionnelles en cours vont probablement faire évoluer le ressenti des principaux concernés.

Le point fort de l'étude concerne la représentativité des médecins interrogés puisqu'ils couvrent une grande partie des modes d'exercice actuels en libéral allant du cabinet de MG isolé sans secrétariat jusqu'au cabinet de groupe avec infirmière ASALEE.

Un biais de sélection (volontariat) est identifiable, étant donné que les médecins les plus investis (universitaires, rôle syndical, etc.) et ceux inquiets de l'avenir du métier semblent être les plus disposés à contribuer à notre étude. Il est également raisonnable de dire que les médecins ayant un volume d'activité très élevé étaient plus susceptibles de refuser nos sollicitations pour des entretiens, ce qui pourrait limiter la représentativité de notre échantillon.

V. Conclusion avec perspectives du travail

Dans le cadre de ce travail, nous avons exploré les multiples dimensions et défis inhérents à la pratique de la médecine générale en France. Les résultats de cette étude mettent en exergue la complexité de l'exercice médical contemporain, marqué par une surconsommation de soins, un sentiment prégnant de dévalorisation professionnelle et des interrogations quant à l'évolution des modalités de rémunération et de délégation des tâches.

L'attachement manifeste au modèle libéral, malgré les contraintes réglementaires et administratives croissantes, révèle un désir profond de maintenir une autonomie professionnelle. Cette aspiration est toutefois mise à mal par la dynamique actuelle du système de santé, qui tend vers une rationalisation et une standardisation des pratiques. La perception d'une surconsommation médicale, exacerbée par les nouvelles attentes des patients et par l'évolution des structures de soins, soulève la question de l'adéquation entre l'offre et les besoins réels en santé. De plus, le sentiment de manque de reconnaissance, tant sur le plan financier que dans l'appréciation de la complexité de l'exercice généraliste, appelle à une réévaluation de la place et de la valeur accordées à la médecine générale dans le parcours de soins.

La question de la délégation des tâches, notamment à travers l'intégration des infirmiers en pratique avancée, s'inscrit dans une réflexion plus large sur les modalités de collaboration interprofessionnelle et sur la redéfinition des rôles au sein du système de santé. Cette évolution, potentiellement bénéfique en termes d'efficacité et d'accès aux soins, nécessite néanmoins une vigilance quant à la préservation de la qualité des soins et de la relation médecin-patient.

Il apparaît primordial de repenser le système de santé afin de mieux valoriser la médecine générale, en reconnaissant son rôle central dans la prévention, le diagnostic et le suivi des patients. Cela passe nécessairement par une revalorisation de la rémunération des MG, reflétant la complexité et l'importance de leur mission. Par ailleurs, une réforme visant à réduire la charge administrative et à simplifier les procédures pourrait contribuer à redonner du temps médical pour les soins directs aux patients. Enfin, la promotion d'une utilisation raisonnée des ressources médicales, à travers une éducation des patients et une réflexion sur les modèles de soins, semble indispensable pour répondre de manière durable aux défis actuels.

L'évolution de notre système de santé semble indissociablement liée à une augmentation de la délégation des tâches, un virage stratégique qui nécessite une réflexion approfondie et une action concertée. Pour favoriser cette transition, il est primordial d'explorer les mécanismes qui permettraient de l'encourager efficacement. Cela implique d'informer et de sensibiliser les MG aux bénéfices potentiels de cette délégation, non seulement en termes d'allègement de leur charge de travail, mais également dans l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients. Par ailleurs, les changements dans les modes de rémunération, en s'orientant potentiellement vers la capitation, et en intégrant des incitations basées sur la qualité et les résultats, pourraient naturellement encourager la délégation des tâches. En reconnaissant et en valorisant les différentes composantes de la pratique médicale, ces nouveaux modèles de rémunération offrent une opportunité de réaligner les incitations économiques avec les objectifs de soins de santé publique et de qualité des soins. Le système de santé allemand, avec ses mécanismes de rémunération diversifiés, pourrait offrir des insights intéressants dans cette réflexion.

Dans cette perspective, il serait pertinent de poursuivre la recherche dans le cadre d'un autre travail de thèse pour identifier les leviers susceptibles de faciliter l'acceptation et l'intégration de cette évolution par les MG. Comprendre les facteurs qui influencent la perception et l'adoption de la délégation des tâches par les professionnels de santé est crucial pour concevoir des stratégies efficaces qui soutiennent cette transition tout en préservant la qualité des soins et en (re)plaçant le médecin généraliste comme pivot central de la médecine de premier recours.

Références

1. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;78.
2. L'Ordre actuel | Conseil départemental de Seine-Maritime de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: <https://conseil76.ordre.medecin.fr/content/lordre-actuel-0>
3. Maine Poitou-Charente Touraine A, Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xixe siècle-2001). <http://journals.openedition.org/abpo> [Internet]. 30 juin 2009 [cité 31 déc 2023];116(116-2):217-29. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/abpo/120>
4. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales - Légifrance [Internet]. [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000781658>
5. Lancry PJ. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités, par mardi 27 février 2007.
6. Arrêté du 30 septembre 2021 portant modification de diverses dispositions relatives au régime des études médicales et à l'organisation des épreuves classantes nationales - Légifrance [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044170656>
7. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 17 mars 2024]; Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr
8. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
9. Les déserts médicaux [Internet]. Le Conseil économique social et environnemental. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/les-deserts-medicaux>
10. La commission jeunes médecins est rattachée à la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.conseil->

- national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-installation
11. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Factors associated with investment in an office medicine project by general practice residents. *Sante Publique (Paris)* [Internet]. mars 2015;27(1):49-58. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.htm>
 12. SAFON Marie-Odile. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. Les enseignements français et étrangers. *Bibliographie thématique : Bib-Bop SAFON Marie-Odile* [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>
 13. Mouronval R. Impact du travail administratif pendant les consultations de médecine générale : confrontation entre ressenti et réalité. 15 avr 2021 [cité 18 juin 2023];39. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202028>
 14. Roux M. Pourquoi les médecins généralistes se détournent-ils de la médecine générale au profit d'une médecine spécialisée ? 26 oct 2020 [cité 20 janv 2024];129. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019730>
 15. Mise sous objectif ou sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail - MACSF [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/mise-sous-objectif-ou-sous-accord-prealable-des-prescriptions-d-arrets-de-travail>
 16. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale - URPS Médecins AuRA [Internet]. [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/etude-des-mutations-de-la-medecine-generale-etude-sur-les-attentes-et-les-representations-de-la-population-vis-a-vis-de-la-medecine-generale-enquete-aupres-de-la-patientele-des-medecins-generaliste/>
 17. Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2020-resultats>

18. L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2022 | National [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2020-donnees>
19. [SYNTHESE] Bilan annuel responsabilité médicale 2022 - Fichiers - Newsroom MACSF [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/assets/synthese-bilan-responsabilite-medicale-2022-pdf-daea-ddf57.html>
20. Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.
21. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>
22. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
23. Aghnatos M. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires : entretiens avec 14 médecins généralistes en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). 17 déc 2020 [cité 9 mars 2024];65. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280586>
24. Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312462/fr/elargissement-des-competences-en-matiere-de-vaccination-des-infirmiers-des-pharmaciens-et-des-sages-femmes
25. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq#>
26. Remise du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/remise-du-reglement-arbitral-organisant-les-rapports-entre-les-medecins>

27. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation | enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>
28. Un amendement transpartisan propose de limiter la liberté d'installation des médecins [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/un-amendement-transpartisan-propose-de-limiter-la-liberte-d-installation-des-medecins-4544577>
29. Bras PL. Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée. Les Tribunes de la sante [Internet]. 2017 [cité 10 févr 2024];57(4):71-89. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-4-page-71.htm?contenu=article>
30. « Aller vers une rémunération au patient plutôt qu'à l'acte » : Macron remet la capitation sur le tapis | egora.fr [Internet]. [cité 10 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/83876-aller-vers-une-remuneration-au-patient-plutot-qu-a-l-acte-macron-remet>
31. Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville - PEPS - Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 10 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>
32. Da Silva BG. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication Qualitative Research: Another Type of Action and Communication. Rev Med Ass Maladie. 2001;32:117-38.
33. De Picardie U, Verne J, De Medecine D'amiens F. Exercer en libéral : perception par le médecin généraliste. Étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 11 médecins généralistes installés en Picardie. 24 mars 2016 [cité 9 mars 2024];79. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342737>
34. Mougeole C. Consumérisme médical : la parole est aux médecins généralistes. 2017.
35. Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés Enquête médecins.

36. De Silva L, Baysari M, Keep M, Kench P, Clarke J. Patients' requests for radiological imaging: A qualitative study on general practitioners' perspectives. *Health Expect* [Internet]. 1 déc 2023 [cité 9 mars 2024];26(6):2453-60. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37587771/>
37. Les emplois du temps des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
38. LEGMANN M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Paris: La Documentation Française; 2010.
39. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq#>
40. Exercice coordonné : Constitution d'une CPTS | ameli.fr | Exercice coordonné [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
41. Bernardin M. Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine. 2020 [cité 17 févr 2024];NNT : 2020LORR1261. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298107>
42. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de#>
43. DEHESTRU A. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution : enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018 [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/These_DEHESTRU_Alexandre_remuneration_R.pdf

44. Bras PL. Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée. Les Tribunes de la sante [Internet]. 2017 [cité 17 févr 2024];57(4):71-89. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-4-page-71.htm?contenu=article>
45. Communiqué de presse de la CARMF [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2023/bnc.htm>
46. En moyenne en 2022, nette accélération des prix à la consommation - Informations rapides - 9 | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6688595>
47. Convertisseur franc-euro | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2417794>
48. DECOUVOUX. Cotations des actes : quel(s) sens pour les médecins généralistes en 2022 ? 2023 [cité 19 févr 2024]; Disponible sur: www.med.univ-tours.fr
49. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) | Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/fea50730-fr/1/3/8/5/index.html?itemId=/content/publication/fea50730-fr&_csp_=3364ebf8f7cff241599891cc6f929959&itemIGO=oecd&itemContentType=book
50. Durée et organisation du temps de travail – Emploi, chômage, revenus du travail | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7456897?sommaire=7456956#tableau-figure1>
51. NHS England » Structure of the NHS [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/long-read/structure-of-the-nhs/>
52. NHS England » GP contract [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/long-read/gp-contract/>
53. GP Earnings and Expenses Estimates, 2020/21 - NHS Digital [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/gp-earnings-and-expenses-estimates/2020-21>
54. Germany: Country Health Profile 2023. 15 déc 2023 [cité 18 févr 2024]; Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2023_21dd4679-en

55. La médecine ambulatoire en France, en Allemagne et en Suisse - TRISTAN. [cité 18 févr 2024]; Disponible sur: www.trisan.org
56. Germany: Health System Review - PubMed [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34232120/>
57. Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge je Praxis - Statistisches Bundesamt [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Tabellen/kost-01-kernmerkmale.html>

Annexes

I. Annexe I : Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification :

Recherche qualitative concernant les médecins généralistes ayant une activité libérale

Introduction :

Devant les enjeux démographiques, les autorités s'efforcent de proposer des solutions, quitte à imposer des contraintes supplémentaires aux médecins généralistes qui exercent déjà dans des conditions difficiles. Quelle est l'opinion des médecins généralistes eux-mêmes face aux évolutions de leur profession et comment envisagent-ils de s'adapter aux défis futurs ?

Objectifs :

L'objectif de cette étude qualitative est de recueillir le ressenti des médecins généralistes (MG) concernant l'évolution de leur métier durant leur carrière, ainsi que leur avis concernant l'évolution future qui s'oriente vers la délégation des compétences ? Pour terminer, nous mettrons en avant la perception que les MG français ont des autres systèmes de santé, en Europe et ailleurs.

Réalisation de l'entretien :

L'entretien sera réalisé par M. YACOUB Slim, interne de médecine générale à la faculté de Nice. Suivant vos disponibilités, il pourra se faire en présentiel, par visioconférence ou par téléphone. Il durera environ 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu et votre expérience dans le cadre de l'exercice de votre métier. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par moi-même.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de ma thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de cocher chaque item :

- Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
- Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
- Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle, mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) :

Signature (investigateur) :

Date : _____

Date :

Nom : _____

Nom : YACOUB Slim

II. Annexe I : Guide d'entretien

Thème 1 : Contexte professionnel

1. Âge, sexe
2. Exercez-vous seul, en groupe, pluriprofessionnel ?
3. Avec vous un secrétariat/télésecrétariat ?
4. Êtes-vous avec ou sans rendez-vous, ou les deux ?
5. Combien de temps s'est écoulé entre la fin de votre internat et votre installation ?
6. Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) en libéral ?
7. Avez-vous une activité particulière ou une spécialisation (pédiatrie, gynécologie, sport, esthétique par exemple). Pour quelles raisons ?

Thème 2 : Ressenti de l'évolution du métier

8. Pouvez-vous me donner les avantages et inconvénients liés à votre mode d'exercice ?
Autonomie dans la gestion du cabinet, choix du lieu d'installation, choix des associés, relation avec les patients, charges administratives, charges sociales élevées,
9. Avez-vous envisagé un autre mode d'exercice que le libéral ?
10. Comment jugez-vous votre charge de travail ?
Pensez-vous être surchargé (horaire, nombre de patients vu chaque jour, visite à domicile) ?
11. Comment ressentez-vous l'évolution de votre métier depuis votre installation ?
Surconsommation, respect des patients, demandes des patients, perte du pouvoir d'achat, baisse du BNC avec augmentation du temps de travail ?
12. Comment évaluez-vous votre niveau d'autonomie dans votre pratique médicale ?
Avez-vous l'impression d'avoir une liberté suffisante pour prendre des décisions concernant vos patients (MSO des AT, surveillance statistique des prescriptions par exemple) ?
13. La crainte d'éventuelles poursuites de la part de patients influence-t-elle votre pratique médicale ?
Avez-vous déjà reçu une plainte ? Cela vous a-t-il fait changer votre manière de travailler (tenue des dossiers, moins de gestes, plus de bilan paraclinique) ?

Thème 3 : Perception des changements à venir

14. Quel est votre sentiment concernant la délégation de compétence du MG vers d'autres professionnels de santé ?

15. Avez-vous connaissance des propositions/idées proposées par les élus pour améliorer l'accès aux soins ? Qu'en pensez-vous ?

Principales mesures prises et idées proposées :

- *IPA : Connaissez-vous leurs rôles ? Seriez-vous favorable à ce que vos patients chroniques stables soient suivis par une IPA ? Qu'attendez-vous d'eux ?*
- *Vaccination par les pharmaciens et paramédicaux à partir de 16 ans*
- *Assistants médicaux pour augmenter la productivité avec aide à son embauche*
- *CPTS : de quelle manière vous a-t-elle aidée ?*
- *Coercition à l'installation par un conventionnement sélectif*
- *Obligation de garde et obligation de travailler le samedi*
- *Autorisation préalable pour l'organisation des vacances des médecins*
- *Télécabines de téléconsultation*

16. Êtes-vous satisfait de votre niveau de rémunération ?

Que pensez-vous de l'augmentation qui vous a été accordée ? Votre rémunération vous permet-elle un investissement matériel ou en personnel dans votre cabinet ? (renouvellement du matériel, logiciel, personnel de ménage, secrétariat, assistant, ...). Qu'est-ce que vous souhaiteriez améliorer dans votre cabinet, mais qui n'est pas possible du fait de vos revenus ?

17. Quels sont vos modes de rémunération (à l'acte, forfait, salaire) et leurs proportions ?

Exemple : 70% à l'acte, 20% forfait, 10 % médecin coordinateur en EHPAD

18. À votre avis, quelle forme de rémunération serait la plus adaptée pour les médecins généralistes (salaire fixe, rémunération à l'acte, rémunération forfaitaire, rémunération mixte) ? Pourquoi ?

Augmentation des forfaits ? Augmentation de prix de l'acte ? Salariat ?

19. Quelles seraient vos idées pour améliorer l'attractivité de la médecine générale et améliorer l'accès aux soins ?

Thème 4 : Et ailleurs ?

20. Comment voyez-vous les conditions de travail des MG à l'étranger ? Connaissez-vous leurs modes et niveaux de rémunération ?

21. Quelles sont les idées que vous importeriez en France pour améliorer l'attractivité de la MG ?

Conclusion :

Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments que nous n'avons pas abordés ?

III. Annexe III : Caractéristiques et mode d'exercice de la population étudiée

	Âge	Sexe	Seul/en groupe	Secrétariat	RDV	Années en libéral	Intervalle post internat	Spécificité	Durée de l'entretien
E1	34	H	Groupe	Physique	Oui	4	4 ans	Gériatrie	33 min
E2	40	H	Groupe	Physique	Oui	11	< 1 an	Médecine du Sport	36 min
E3	57	H	Groupe	Physique	Oui	27	2,5 ans	-	22 min
E4	63	H	Groupe	Aucun	Non	36	2 ans	-	19 min
E5	66	H	Groupe	Aucun	Non	31	9 ans	-	16 min
E6	71	F	Seule	Aucun	Oui	34	10 ans	Dermatologie	30 min
E7	48	F	Seule	Aucun	Oui	17	4 ans	Homéo et phytothérapie	52 min
E8	37	H	Groupe	Télésecrétariat	Oui	3	5 ans	Gériatrie Médecine du sport Permis de conduire	42 min
E9	39	F	Groupe	Secrétariat	Oui	3	8 ans	Gynécologie M. esthétique	42 min
E10	33	F	Groupe	Télésecrétariat	Oui	5	< 1 an	Pédiatrie Gynécologie M. esthétique	18 min
E11	35	F	Seule*	Télésecrétariat	Oui	8	< 1 an	Gériatrie Pédiatrie	24 min

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : La France connaît une pénurie de médecins généralistes (MG), aggravée par la démographie croissante, le vieillissement des médecins et un manque d'attrait pour la profession. Pour y remédier, des stratégies telles que la délégation de tâches, le soutien à l'embauche d'assistants et des incitations financières ont été proposées. Des efforts sont également en cours pour restructurer les soins primaires et revoir la rémunération des médecins.

But de l'étude : Cette étude qualitative vise à explorer les perceptions et expériences des MG de la Côte d'Azur face aux évolutions que connaît l'exercice libéral. Elle s'appuie sur des entretiens semi-dirigés pour recueillir le ressenti des participants. L'objectif principal est de recueillir le ressenti des MG concernant l'évolution de leur métier durant leur carrière, ainsi que leur sentiment sur l'évolution future qui s'oriente vers la délégation des compétences et un changement des modes de rémunération.

Résultats : Dans le cadre de cette recherche, 11 entretiens semi-dirigés ont été menés, mettant en lumière un attachement des médecins pour la pratique libérale et l'autonomie qu'elle offre. Toutefois, la charge administrative est jugée lourde et il émerge un consensus sur le besoin de revaloriser la rémunération, jugée insuffisante. Les participants montrent une préférence pour le paiement à l'acte plutôt que pour la capitation. Ils expriment également leur préoccupation quant aux défis actuels de la profession, tels que la surconsommation de soins et le manque de reconnaissance. Le sujet de la délégation des tâches, notamment vers les infirmiers en pratique avancée, suscite des avis partagés et de nombreuses questions quant à son organisation et son cadre légal.

Discussion : Pour améliorer l'attractivité de la médecine générale, une revalorisation de la rémunération des généralistes est essentielle, de même qu'une réduction de la charge administrative. Une utilisation plus judicieuse des ressources médicales est nécessaire pour répondre aux défis actuels. La délégation des tâches, notamment aux infirmiers en pratique avancée, appelle à une redéfinition des rôles et à une collaboration interprofessionnelle. L'avenir de la médecine générale dépendra d'une réflexion approfondie et d'une action concertée avec les principaux concernés sur la délégation des tâches et les modes de rémunération.

Mots-clés : Médecine générale, premier recours, déserts médicaux, surconsommation, délégation des tâches, rémunération, capitation, infirmier en pratique avancée, assistants médicaux

Abstract

Introduction: France is experiencing a shortage of general practitioners (GPs), exacerbated by growing demographics, ageing doctors and a lack of appeal for the profession. To remedy the situation, strategies such as task delegation, support for the recruitment of assistants and financial incentives have been proposed. Efforts are also underway to restructure primary care and review doctors' remuneration.

Purpose of the research: This qualitative study is aimed at exploring the perceptions and experiences of GPs from the French Riviera regarding changing private practice. It is based on semi-structured interviews to gather the participants' feelings. The main objective was to gather the GPs' feelings about the evolution of their profession over the course of their career, as well as their feelings about future developments, which are moving towards the delegation of skills and a change in remuneration methods.

Results: Eleven semi-structured interviews were conducted as part of this research, which highlighted doctors' attachment to private practice and the autonomy it provides. However, the administrative burden was perceived as high and there was a consensus on the need to improve remuneration, which was perceived as inadequate. Participants expressed a preference for fee-for-service over capitation. They also expressed concern about current challenges facing the profession, such as overuse of care and lack of recognition. The delegation of tasks, particularly to advanced practice nurses, gave rise to divided opinions and many questions about its organisation and legal framework.

Discussion: To improve the attractiveness of general practice, it is essential to improve GP remuneration and reduce administrative burdens. More judicious use of medical resources is needed to meet current challenges. The delegation of tasks, particularly to advanced practice nurses, requires a redefinition of roles and inter-professional collaboration. The future of general practice will depend on in-depth reflection and concerted action with key stakeholders on the delegation of tasks and remuneration methods.

Keywords: General practice, primary care, medical deserts, overconsumption, delegation of tasks, remuneration, capitation, advanced practice nurse, medical assistants