



La docteur Elodie Vignola exerce dans la maison de santé pluriprofessionnelle de Langogne, en Lozère, aux côtés de neuf paramédicaux et de trois autres généralistes.

Jean-Christophe Marmara - Figaro photo

Les **généralistes** veulent travailler **autrement**

MÉDECINE L'image du médecin de famille exerçant seul dans son cabinet a vécu. L'avenir est au regroupement des professionnels.

Emilie n'a pas fait grève contre le projet de loi de santé en décembre dernier. Pour elle, les principaux problèmes de la profession se situent ailleurs, car l'avenir n'appartiendra pas à l'exercice libéral classique de la médecine : il se joue autour du regroupement des praticiens ^[1]. Il y a deux ans, à la sortie de son internat, la trentenaire a été recrutée comme médecin salariée dans un centre de santé en banlieue parisienne. Le travail en équipe, la prise en charge de publics précarisés

(comme le prévoient les missions des centres de santé où le tiers payant est généralisé) et la délégation des tâches administratives (carte Vitale, CMU-C...) ont séduit cette fille d'instuteurs, peu tentée par l'exercice en indépendante. A 30 ans, elle touche près de 3 800 euros par mois, pour 30 heures de travail par semaine à raison de quatre patients par heure en moyenne, dans le cadre d'un contrat à durée déterminée (CDD) renouvelable signé avec la mairie.

Son exemple n'est pas isolé. Charges financières conséquentes,

obligations comptables et administratives, semaines de 60 heures ou plus sont autant de freins à l'exercice libéral, auquel les étudiants sont par ailleurs peu préparés à l'université. Les généralistes sont en effet davantage qu'auparavant formés dans des structures hospitalières, avec des plateaux techniques et des équipes de travail, alors que leurs aînés étaient plus vite livrés à eux-mêmes. A la sortie de leurs études, seuls 20 % des étudiants en médecine générale choisissent désormais l'exercice libéral, selon le Conseil national de l'ordre des médecins.

Jeunes médecins, nouvelles aspirations

La répartition des statuts des médecins ne reflète pas encore pleine-

ment les évolutions en cours. Dans un monde médical qui vieillit (l'âge médian est passé de 40 à 52 ans entre 1990 et 2012) l'exercice libéral représente toujours 60 % des modes d'exercice des généralistes. Le reste se répartissant entre le salariat (hospitalier ou non), de l'ordre de 35 %, et les modes d'exercice mixtes (qui combinent pratique libérale et salariée), autour de 5 %, selon la Drees. Mais les jeunes générations ont d'autres aspirations.

Inutile d'invoquer la féminisation de la profession – bien réelle par ailleurs –, le mouvement touche tous les jeunes médecins. Car leur profil sociologique a changé : « Ils se recrutent toujours dans les catégories sociales favorisées, mais sont aujourd'hui plus souvent enfants d'enseignants que de professions indépendantes et davantage marqués par un esprit de service public, alors que leurs aînés manifestaient un ethos libéral », explique la sociologue Anne-Chantal Hardy [2].

Ce n'est pourtant pas en soi le statut de salarié de droit privé, d'agent de l'Etat ou de fonctionnaire qui attire les jeunes médecins généralistes. Les protections maternelles et infantiles (PMI), qui comptent environ 2 700 médecins selon la Drees, ou la médecine du travail sont loin de

REVENUS

Changer les modes de rémunération des médecins

Aujourd'hui, la tarification à l'acte reste la norme. Or, elle favorise les actes rapides et curatifs, par opposition aux actions de prévention. « Même si aucun mode de rémunération n'est parfait, la rémunération à l'acte est la pire », juge Marie Kayser, médecin à la retraite, membre du Syndicat de la médecine générale (minoritaire). D'autres modes de rémunération ont certes été introduits : le forfait médecin traitant, de 5 euros par patient ; le forfait ALD (affection longue durée), de 40 euros par patient et par an ; et la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique), anciennement Capi (contrat d'amélioration des pratiques individuelles), qui fixe des objectifs pour les médecins, par exemple en pourcentage de la patientèle devant réaliser une mammographie. « Ces forfaits restent indexés à une pratique individuelle », regrette cependant Delphine Floury, de la FemasIF. Ils ne prennent pas en compte

les temps de coordination entre médecins et sont inadaptés à l'exercice regroupé.

C'est pourquoi des modes de rémunération destinés à valoriser la coordination des soins sont expérimentés depuis 2009. Ils concernent depuis mai dernier 310 sites. « La stratégie nationale de santé a bien compris que les soins primaires allaient vers un fonctionnement en équipe », estime Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Pourtant, ces modes de rémunération peinent à être généralisés et leur extension se heurte aux revendications de revalorisation du tarif de base, réclamée par de nombreux syndicats de médecins libéraux. « On manque aujourd'hui d'une vision prospective, d'une vraie vision sur l'avenir de la médecine générale », résume de son côté Christian Saout, du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

faire le plein de candidats. Quant à la médecine scolaire, elle peine à recruter : en 2014, on comptait 1 100 médecins pour 12 millions d'élèves et 263 postes vacants.

Ne plus exercer seul

« Ce n'est pas une question de statut », insiste Charline Boissy, porte-parole de la fédération ReAGJIR, qui regroupe les jeunes médecins et remplaçants, mais le signe d'une appré-

hension face à l'exercice en solitaire de la profession. En témoigne la montée en puissance des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : elles réunissent généralement des médecins libéraux, comme celle où Ronan, jeune médecin de 32 ans, a choisi d'exercer. Ces structures, qui existent depuis déjà plusieurs années, ont été reconnues officiellement par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. On en comptait 174 en 2012 ; elles sont aujourd'hui plus de 600, avec autant de projets de création en cours, et plutôt établies dans les zones rurales qu'en ville.

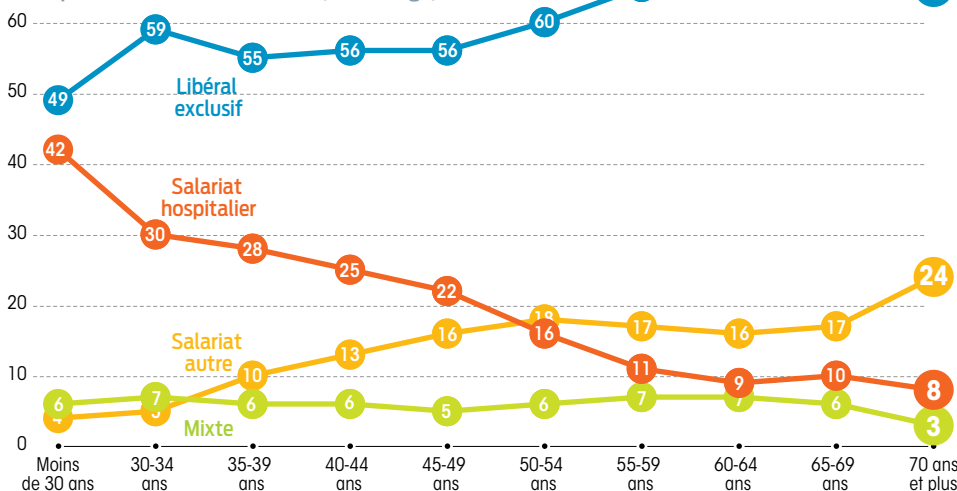
Avec six médecins généralistes pour quatre cabinets, la maison de santé où travaille le Ronan lui permet de faire des semaines de trois jours, pour une rémunération de 4 000 euros net par mois. Un vrai confort de vie pour ce père de famille qui cumule les

[1] Cet aspect n'est abordé qu'à la marge par le texte de loi présenté au Parlement en avril : les discussions ont été rouvertes par la ministre des Affaires sociales avec les praticiens sur l'organisation du service public territorial de santé et les modalités de mise en œuvre du tiers payant généralisé. Sur le projet de loi, voir *Alternatives Economiques* n° 341, « La médecine libérale en colère » (disponible dans nos archives en ligne) et *AlterEcoPlus*.

[2] Auteure de *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESS, 2013.

LA PRATIQUE DE L'EXERCICE LIBÉRAL AUGMENTE AVEC L'ÂGE

Répartition des médecins généralistes par mode d'exercice en 2014, selon l'âge, en %





Maison de santé de Saint-Pardoux-la-Rivière (Dordogne).
Ces maisons doivent garantir la coordination et la continuité des soins, ce qui implique une concertation pour échanger sur les patients.

► avantages du statut libéral sans en avoir les inconvénients. Mais ce n'est pas la seule raison de son choix : « *le partage des dossiers des patients nous impose une plus grande qualité d'exercice; nous encadrons aussi des étudiants en stage chez nous. Tout cela implique un regard extérieur sur sa pratique et la nécessité d'entretenir ses connaissances, qui sont des éléments très stimulants* », explique-t-il.

A la différence des cabinets de groupe, où les praticiens mutualisent certains services, comme le secrétariat, les maisons de santé pluriprofessionnelles doivent garantir en effet la coordination et la continuité des soins, ce qui implique des temps de réunions pour échanger sur les patients, et une informatisation des dossiers médicaux pour en faciliter l'accès. S'il est validé par l'agence régionale de santé (ARS), leur projet leur donne accès à une dotation qui rémunère ces temps de coordination mais aussi l'éducation thérapeutique des patients. En moyenne, une maison de ce type regroupe cinq médecins généralistes et huit ou neuf autres médecins spécialistes (dermatologues...) ou paramédicaux (infirmiers...) qui peuvent être à temps partiel. Ces structures touchent environ 45 000 euros par an pour la coordination des soins.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont-elles l'avenir de la médecine générale ? « *Tout le monde n'a pas envie de ce niveau de coordination* », nuance Delphine Floury, coordinatrice à la FémasIF (Fédération des

maisons et pôles de santé en Ile-de-France). Plusieurs maisons ont ainsi été ouvertes sans être réellement portées par une équipe médicale. Elles correspondent alors, dans les faits, à de simples regroupements immobiliers. Le constat est le même pour les centres de santé (regroupant des mé-

“ **Le partage des dossiers des patients nous impose une plus grande qualité d'exercice** ”

RONAN

32 ans, médecin dans une Maison de santé

decins salariés et dont le cahier des charges implique la prise en charge de publics précarisés), qui sont, en outre, souvent déficitaires, relève l'Igas. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une solution clé en main pour lutter contre les déserts médicaux.

Une prise en charge plus globale

Ces différents modes d'exercice posent néanmoins la question d'un changement de paradigme. Le système actuel reste fondé sur la charte de la médecine libérale adoptée en 1927 (liberté de choix du médecin par le patient, liberté de prescription, liberté d'installation et secret pro-

fessionnel). Pourtant, ces principes ne correspondent plus aujourd'hui à l'évolution des exigences de prise en charge. Avec le vieillissement de la population et l'exposition aux risques environnementaux, les polyopathologies et les maladies chroniques, comme le cancer ou le diabète, sont devenues fréquentes. Cette évolution, couplée avec le virage ambulatoire, c'est-à-dire la réduction des temps de séjour à l'hôpital, im-

pose aux praticiens une prise en charge plus globale, qui tienne aussi compte des aspects psychologiques et sociaux des patients. Suivre une personne diabétique implique par exemple de l'accompagner dans son changement de régime alimentaire et de mode de vie. Internet transforme aussi les pratiques en sollicitant, par exemple à distance, un spécialiste lors d'une consultation chez le médecin généraliste.

Ces exigences vont de pair avec les questions d'accès aux soins : plus la prise en charge est individualisée, plus les inégalités sont importantes en la matière, les patients les plus précarisés étant aussi les plus

malades et ceux pour qui le parcours de soins est le plus compliqué [3]. Sans compter que les soins primaires, dispensés par la médecine de ville, sont devenus de plus en plus affaire de spécialistes : des examens radiologiques, qui avaient autrefois lieu à l'hôpital, peuvent ainsi être faits en ville. Bref : on assiste au crépuscule de la médecine de papa. ■ Céline Mouzon

[3] Voir *La santé pour tous ?*, par Dominique Polton, La Documentation française, 2014.

en savoir plus <

► **Le Conseil national de l'ordre des médecins** publie chaque année un Atlas de la démographie médicale en France. Ses données ne prennent en compte que les médecins inscrits au Conseil de l'ordre et excluent ainsi les remplaçants qui n'ont pas encore soutenu leur thèse. Le Conseil compte ainsi 90 630 médecins généralistes inscrits au 1^{er} janvier 2014 (www.conseil-national.medecin.fr).

► **Les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)** sur les professions de santé sont disponibles sur le site : www.data.drees.sante.gouv.fr La Drees donne le chiffre de 102 140 médecins généralistes en 2014.