

Fiche thématique n°8

Médecine de ville, quelles mutations ?

Note rédigée par Bruno VENTELOU¹, chercheur CNRS, GREQAM Umr 6579.

Responsable de l'équipe DEVI-CRS à l'Inserm/Ird, Umr 912 SE4S

(Sciences économiques et sociales, Systèmes de santé, Sociétés). Universités d'Aix-Marseille.



Les systèmes de santé sont en mutation, comme tous les systèmes soumis à un environnement changeant : nouvelles pathologies (VIH, maladies chroniques et maladies de la personne âgée), nouveaux patients (plus actifs dans la décision médicale, plus vieux en moyenne), nouvelles technologies, et, depuis une vingtaine d'années, intensification des régulations publiques visant à rationaliser l'usage des soins. Parmi les professions de santé, les médecins de ville sont tout particulièrement sollicités par ces changements, probablement de par leur position " en première ligne " (avec les urgences hospitalières, bien sûr), très exactement à l'entrée du système de soins et donc à l'interface de deux mondes : le système de santé et la société.

Cette note examine ces mutations difficiles. Elle propose un état des lieux et envisage les évolutions structurelles en cours ou à venir pour la médecine de ville.

A. Etat des lieux

1. Cadre général : répartition libéral/ salarié et densité pour 100.000 habitants

115 000 médecins sont installés en ville, ils représentent plus de la moitié de la profession médicale dans son ensemble. Le tableau 1 tiré des registres de l'Ordre des médecins donne la répartition globale entre généralistes et spécialistes (50-50), et entre médecins libéraux et médecins salariés, qui recoupe (pour partie) la dichotomie ville / hôpital (+ soins mutualistes).

Tableau 1 : Répartition entre médecins libéraux et salariés (activité régulière)

	Libéral exclusif ou Mixte	Salariés	Total des médecins en activité régulière (hors remplacement ou interruption temporaire)
Omnipraticiens	66 993	30 766	97 759 (49,5%)
Spécialistes	48 025	51 774	99 799 (50,5%)
Total	115 018 (58,2%)	82 540 (41,8%)	197 558

Source : CNOM, 2008. Certains médecins " libéraux " peuvent faire coexister l'exercice libéral et les rémunérations salariées, soit en se partageant sur deux lieux d'activité (les médecins installés en ville ont parfois des postes ou des vacations à l'hôpital ou en institution), soit en obtenant une rémunération à l'acte à l'intérieur même d'une clinique.

Le nombre total de médecins, toutes spécialités confondues, pour 100 000 habitants en France (environ 340) place notre pays dans la moyenne des densités médicales européennes et légèrement au dessus de la moyenne OCDE.

Tableau 2 : Densité de médecins par habitant

	Densité pour 100 000 hab.
1. Italie	380
2. Espagne	380
3. Allemagne	340
4. France (2010)	340
Moyenne Europe	340
Moyenne OCDE	300
5. Royaume-Uni	240
6. USA	240
7. Canada	220
....	
France il y a 20 ans (1990)	280
France dans 15 ans (2025)*	280

*prévision DREES

Une particularité française est le mouvement de " balancier " présenté par cette statistique de densité médicale entre 1990 et 2025 (prévision), en comparaison avec les autres pays de l'OCDE. La baisse de la densité dans les années à venir est due au resserrement du numerus clausus dans les années 1980-1990 (1993 : 3 500 places ouvertes au concours), qui contraste avec le dynamisme démographique de la population française, dont la croissance demeure plus rapide que celle de ses voisins européens. Depuis le début des années 2000, le numerus clausus a été progressivement augmenté (7 300 pour l'année

1/ De nombreuses données et réflexions sont issues de mes collaborations avec mes collègues Alain PARAPONARIS et Pierre VERGER, chercheurs à l'Inserm 912, et avec Bruno DETOURNAY de CEMKA-eval. Les travaux et publications du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice, largement sollicités ici, sont signalés en bibliographie. Merci à mes relecteurs : Gérard de POUVOURVILLE, Claude LE PEN, Laurence LUPI-PÉGURIER, Jean-Paul MOATTI. Les éventuelles erreurs restent de ma responsabilité.

universitaire 2007-2008). En 2011, le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales devrait se stabiliser à 8000, mais cette révision ne devrait produire ses effets qu'après 2020.

Bien entendu, en termes d'évolution de l'offre de soins et de satisfaction des besoins de la population, ces densités de " docteurs en médecine " observées au niveau national doivent être discutées en relation avec :

- l'âge et l'état de santé des populations
Plus de personnes âgées, plus de besoins de soins... Mais au-delà de la relation mécanique, un enjeu de l'étude des populations est de connaître l'épidémiologie du vieillissement et l'intensité du recours aux soins des personnes âgées, aujourd'hui et demain...

- les comportements effectifs d'installation et de choix d'activité des médecins

Un " docteur lauréat " ne veut pas dire un médecin praticien, effectivement placé en face des populations : on estime à 20 % les médecins formés qui se consacreront à d'autres tâches que les soins.

- l'organisation générale des services de santé : les pratiques et la place du médecin dans l'équipe soignante
Heures de travail, rythmes de consultation, niveau d'équipement technologique, existence d'infirmières de soins primaires, etc.

Une évolution majeure concerne la transformation des modes d'exercice, en faveur du salariat. Parmi les nouveaux inscrits en 2007, toutes spécialités confondues, 66 % ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié ; c'est 20 points de plus que dans les années 1980.²

2. Un peu de détail : inégalités territoriales et féminisation

En France, deux traits importants caractérisent la profession : la persistance d'inégalités territoriales importantes et, ces dernières années, une féminisation rapide des professions médicales, particulièrement chez les généralistes.

Malgré un constat sans cesse répété et quelques mesures mises en œuvre (primes à l'installation), on observe aujourd'hui exactement la même disparité de densité médicale que celle qui prévalait au début des années 1970 : écart de 1 à 3,1 entre le Pas-de-Calais (densité médicale de 52,3 médecins pour 100 000 habitants) et les Alpes-Maritimes (162,9) en 1971. Aujourd'hui un écart maximum est relevé entre l'Eure (118 médecins pour 100 000 habitants) et Paris intra-muros (367,3). Confrontée au vieillissement de la population française, cette disparité peut devenir problématique, en particulier dans les zones rurales ou les quartiers périurbains où les densités sont les plus faibles. Une étude menée par l'assurance maladie en 2005 identifiait 119 zones en difficulté (couvrant 400 000 personnes

principalement en Corse et en Champagne-Ardennes) et 524 zones fragiles. Au sein de ces zones, les médecins compensent la faiblesse de leur nombre par une forte activité. Le nombre d'actes annuel moyen est de 8 900 dans les zones en difficulté et de 8 500 dans les zones fragiles contre une moyenne nationale d'environ 5 000 actes par médecin généraliste libéral.

Aujourd'hui un écart maximum de 1 à 3.1 est relevé entre l'Eure et Paris intra-muros. Confrontée au vieillissement de la population française, cette disparité peut devenir problématique, en particulier dans les zones rurales ou les quartiers périurbains où les densités sont les plus faibles.

En 2004, la profession dans son ensemble comptait 38,3 % de femmes. Cette proportion demeurerait inférieure à la part des femmes dans la population active totale (44,8 %) et identique à leur part dans les professions libérales (38,8 %). Cependant, cette proportion croît chaque année. Elle était de 26,1 % en 1986 et les femmes sont désormais majoritaires parmi les étudiants en médecine ; elles représentaient, en 2002, 64 % des étudiants en première année de médecine (Labarthe et Hérault, 2003). Si l'on s'intéresse au choix de la pratique médicale, alors que les femmes avaient

tendance antérieurement à se tourner vers l'exercice spécialisé, elles s'orientent davantage vers la médecine générale depuis une dizaine d'années. Concernant l'activité, celle des femmes médecins est en moyenne plus faible que celle des hommes. Il y a d'abord le fait que les jeunes générations semblent se fixer des horaires de travail plus courts. Mais une étude de la DREES³ montrait que les femmes médecins travaillent, toutes choses égales par ailleurs, environ six heures de moins par semaine que leurs homologues masculins.

3. Médecins généralistes : charge de travail, niveau des revenus

Les médecins généralistes sont majoritaires en ville ; c'est auprès d'eux que la plupart des Français ont leur premier contact avec le système de soins (ceci même avant que le " parcours de soins " n'officialise les choses). Nous reprenons ici les résultats d'un panel d'observation en médecine générale de 1 901 médecins (Études et résultats, 2007), panel représentatif dans 5 régions françaises. Les médecins ont déclaré travailler, gardes et astreintes comprises, entre 55 et 60 heures en moyenne par semaine (cf. tableau 3). Cette durée moyenne déclarée varie de 55,4 heures en Bretagne à 59,6 heures en Bourgogne.

Région	Ensemble	Hommes	Femmes
Basse Normandie	56,2 (11,7)	57,6 (11,8)	51,3 (9,8)
Bourgogne	59,6 (12,9)	61,1 (12,0)	55,8 (14,4)
Bretagne	55,4 (11,0)	57,3 (10,3)	49,7 (11,2)
Pays de la Loire	56,6 (14,0)	59,0 (13,8)	49,6 (12,2)
PACA	55,7 (14,7)	57,6 (14,4)	49,6 (13,9)

Tableau 3 : Durée hebdomadaire moyenne de travail (en heures, y compris gardes et astreintes), selon le sexe

Entre parenthèses : écart-type. Source : Ministère de la Santé et des solidarités, Drees. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

2/ En 2007, les chiffres des nouvelles inscriptions au CNOM étaient les suivants : salariés-praticiens 3276, libéral 470, sans (remplaçants) 1206, mixte 29.

3/ Niel (X.) et Vilain (A.), " Le temps de travail des médecins ", Études et résultats, Drees, 114, mai 2001.

Près d'un médecin généraliste sur deux déclare souhaiter réduire sa durée hebdomadaire de travail. Cette proportion est systématiquement plus élevée chez les hommes (autour de 53 %) que chez les femmes (entre 35 et 48 %). Les médecins les plus âgés sont plus désireux de réduire leur temps de travail. Les médecins exerçant en commune rurale sont aussi plus nombreux que les autres à souhaiter une baisse de la durée de leur travail (cf. **tableau 4**) (58 % contre 48 % en Bretagne, 57 % contre 47 % dans les Pays de la Loire). De cette tension générale, le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out), déclarés chez certains médecins, pourrait être l'un des symptômes, bien qu'il ne faille pas exagérer la prévalence réelle du phénomène⁴.

Tableau 4 : Proportion de médecins généralistes désireux de réduire leur temps de travail selon l'âge (en %)

Région	Moins de 45 ans	45-54 ans	55 et plus
Basse-Normandie	26,5	50,0	55,1
Bourgogne	42,2	57,5	55,2
Bretagne	39,4	49,1	59,4
Pays de la Loire	41,8	49,8	55,9
PACA	34,8	57,8	45,3

Source : Ministère de la Santé et des solidarités, Drees. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Rares sont les données qui permettent une comparaison internationale des revenus des médecins. Les données collectées ne prennent pas en compte les mêmes types de rémunérations, ni exactement les mêmes catégories de médecins. De même les comparaisons portent sur le revenu annuel brut moyen, qui inclut les cotisations sociales et impôts payables à des taux différents dans les pays. Il faut aussi bien entendu ramener les revenus au niveau de pouvoir d'achat global du pays. Compte tenu de ces limites, ce n'est qu'avec une grande prudence qu'on peut avancer quelques résultats :

Tableau 5 : Revenu du médecin ramené au revenu par tête moyen du pays (coefficient)

Pays	Allemagne	Canada	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis
Généraliste	3,7	3,3	2,8	3,5	3,8	2,2	4,4
Spécialiste	2,7	4,9	4,5	6,2	4,8	2,5	5,7
Gén/Spé	137%	67%	62%	56%	79%	88%	77%

Source : Éco-santé OCDE 2007

- Le revenu moyen des médecins en pourcentage du revenu national par tête varie beaucoup selon les pays. Il est plus élevé aux États-Unis, au Canada, en Allemagne et au Royaume-Uni qu'en France.
- Dans tous les pays (sauf l'Allemagne), le revenu des généralistes est inférieur à celui des spécialistes. En comparaison, les médecins français se placeraient dans la fourchette basse des revenus de la profession : 2,8 fois le revenu par tête.
- Les généralistes français se placent moins bien que les

spécialistes dans la comparaison internationale, bien que cette comparaison reste difficile du fait de la grande disparité de revenu entre spécialistes (du simple au triple entre les pédiatres et les radiologues, sur les revenus moyens des deux professions !).

Un élément expliquant ces différences de revenu entre généralistes et spécialistes est bien évidemment l'étendue du secteur à honoraires libres (droits aux dépassements du tarif conventionné, mais moins d'avantages sociaux). Plus d'un tiers des médecins spécialistes relèvent du secteur 2, contre moins de 10 % des généralistes. Les médecins de secteur 2 sont surreprésentés en zone urbaine, et périurbaine, ce qui peut poser des problèmes d'équité d'accès aux soins pour certaines populations⁵. Travaillant un peu moins que les médecins de secteur 1, il semble que les médecins de secteur 2 transforment plutôt leur avantage tarifaire en loisir ; " gagner plus, pour travailler moins ".

4. La question des sources d'information

Les récents problèmes de toxicité des médicaments, notamment lorsqu'ils sont utilisés en dehors de leur indication d'AMM (Autorisation de mise sur le marché) ont bien mis en lumière le rôle des " prescripteurs ", des influences qu'ils subissent, et partant l'importance de la mise-à-jour des connaissances médicales des praticiens. Le **tableau 6** présente, pour chaque région du panel, la proportion de médecins déclarant utiliser (souvent à très souvent) différents outils ou sources d'information pour la mise à jour de leurs connaissances.

Tableau 6 : Utilisation par les médecins des différentes sources d'informations (en %)

	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA	P
Les dictionnaires de médicaments (par exemple le Vidal)	68,5	58,8	63,4	60,9	60,3	0,207
Les recommandations de bonnes pratiques (comme celles de la HAS)	66,2	56,6	65,1	65,3	59,9	0,058
Des revues médicales d'abonnement payant	50,0	44,4	47,0	45,3	37,8	0,008
Les informations délivrées par les visiteurs médicaux	29,6	32,9	26,6	31,3	36,7	0,017
Les sites de la HAS ou de l'Afssaps	13,6	18,0	21,9	21,2	24,3	0,018
Des logiciels d'édition d'ordonnance	23,1	24,7	25,2	28,9	25,5	0,524

Source : DREES, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Environ six médecins sur dix ont déclaré utiliser souvent à très souvent les recommandations de bonnes pratiques et les dictionnaires de médicaments. L'utilisation des revues médicales varie sensiblement selon les régions : 50 % des médecins de Basse-Normandie utilisent fréquemment les revues médicales dans leurs pratiques contre moins de 38 % des médecins de la région PACA. Ces derniers ont tendance à s'appuyer davantage sur les informations délivrées par les visiteurs médicaux. Les hommes reçoivent significativement plus de visiteurs médicaux que les femmes et les plus âgés par rapport aux plus jeunes.

4/ Trois dimensions sont généralement inventoriées : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Le syndrome complet (sur trois dimensions) serait présent chez moins de 5% des médecins, d'après des études effectuées dans différentes régions, dont peu en fait peuvent se prévaloir d'une réelle représentativité. Voir Dusmesnil et al. " Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants ", Santé Publique, 2009/4 (Vol. 21). Voir aussi l'Etudes et Résultats n°731 cité à la fin de cette note.

5/ Le Fur P et Lucas-Gabrielli V, " L'offre de soins dans les communes périurbaines ", question d'économie de la santé, n°86, novembre 2004, IRDES.

L'utilisation de sites internet comme source de connaissances est beaucoup moins fréquente dans la pratique des médecins : moins d'un quart a déclaré utiliser souvent à très souvent les sites des autorités de santé publique. En ce qui concerne les sites de la HAS et de l'Afssaps, les proportions de médecin déclarant les utiliser souvent à très souvent sont limitées (au maximum un médecin sur quatre) comparativement aux déclarations concernant d'autres types d'outils (dictionnaires de médicaments, guides de bonnes pratiques, par exemple).

Les médecins tendent à déclarer des sources d'information encore trop peu diversifiées, parfois trop dépendantes des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques. Bien

entendu, des mutations sont en cours : l'évaluation professionnelle et le recours aux recommandations de bonnes pratiques se développent. La charge de travail des médecins est sans doute un frein au développement de ces pratiques. On peut penser qu'une impulsion nouvelle serait nécessaire pour que le principe d'une médecine basée sur des recommandations validées devienne un véritable réflexe. Un des points de fragilité est que le médecin de ville n'a pas à renvoyer de diagnostic en face de ses prescriptions (contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays) ; ceci rend difficile une démarche d'évaluation-amélioration des choix de prescriptions.

B. Les évolutions structurelles en cours ou à venir

1. Nouvelles formes de rémunération

Les économistes de la santé considèrent que le paiement à l'acte, tout en garantissant de fortes incitations à la prise en charge des cas complexes, revêt un caractère inflationniste (avec notamment la possibilité d'apparition d'une " demande induite " ⁶ dans des régions où la densité médicale est élevée -phénomène souvent vérifié en statistiques). Les rémunérations forfaitaires permettent à l'inverse de mieux contrôler la quantité de soins et la dépense remboursable mais pénalisent les médecins confrontés à des patients lourds (nous verrons plus loin différentes formes de forfait). Ces réflexions ont amené la plupart des économistes à prôner une mixité des formes de rémunération pour les pays qui partent d'une forme unique de rétribution. Un questionnaire interrogeait en 2009 les médecins généralistes du panel déjà cité sur l'éventualité d'une réforme du système de paiement. Plus de six médecins sur dix se déclarent satisfaits du mode actuel (à l'acte). Les médecins plus âgés, effectuant au moins 120 actes par semaine (67 % d'adhésion au paiement à l'acte), satisfaits de leur activité professionnelle (65,5 % d'adhésion), exerçant seuls ou en zone rurale (65,1 % d'adhésion), sont ceux qui apprécient le plus ce mode de rémunération, de même que les médecins de secteur 2. Cependant, 75,6 % des médecins considéraient que les actes sont " insuffisamment rémunérés en l'état actuel " et que " la nomenclature est inadaptée ".

Toujours dans la même enquête, si de nouveaux modes de rémunération venaient à se développer, 63,1 % des médecins seraient favorables à leur apparition. En creusant la question du côté des " conditions d'acceptation ", les médecins adhèreraient aux forfaits si ceux-ci portaient sur la prise en compte des actions de prévention, d'éducation à la santé et/ou de dépistage (64,6 %), ou s'ils étaient modulés en fonction de la complexité des cas à prendre en charge (60,1 %). Enfin les médecins préféreraient que le forfait soit basé sur la prise en charge globale du patient (une " capitation " donc), plutôt que sur les pathologies (35 % contre 30 %).

Parallèlement aux forfaits, 48,7 % des généralistes seraient enclins à voir une partie de leur activité devenir salariée, ceci en contrepartie d'un temps de travail réduit (d'en moyenne 13 heures par semaine). De manière générale, les généralistes seraient favorables à ce nouveau type de rémunération s'il était mis en place par l'Assurance maladie (73,5 %), l'Etat (64,0 %) ou des collectivités locales (55,5 %). S'ils devaient exercer dans un centre de santé, les médecins estimeraient leur salaire net mensuel à 5000 € en moyenne, ce revenu représentant peu ou prou ce que l'on sait des revenus libéraux d'exercice des médecins généralistes⁷.

2. Parcours de soins, formation continue

Le **tableau 7** fournit ainsi des indications sur les opinions et attitudes des généralistes quant à la réforme du médecin traitant. Ils sont une minorité à penser que le dispositif du médecin traitant a vraiment modifié leurs pratiques. Par comparaison, entre 40 % et 50 % des médecins prévoient un retentissement important de l'introduction du dossier médical personnel (DMP).

Tableau 7 : Opinions des médecins vis-à-vis de réformes récentes et participation à des FMC

%	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA
Part des médecins pensant que le dispositif médecin traitant a modifié leurs pratiques	35,4	30,8	27,9	33,4	39,7
Part des médecins pensant que le DMP puisse modifier leurs pratiques	39,7	44,7	38,0	41,7	50,0
Part des médecins déclarant participer à des FMC	85,9	88,0	89,3	91,3	87,7

Source : Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, Drees, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Adopté dans la loi de 2004, le " parcours de soins " a transposé en France une organisation où le généraliste est placé à la porte d'entrée du système de soins (" Gatekeeper ", d'après son origine anglo-saxonne). On en

^{6/} Demande induite par l'offre : le médecin tend à pratiquer des soins au-delà de la quantité que choisirait un patient parfaitement informé de ses besoins (consultations inutiles).
^{7/} Fréchou H et Guillaumat-Tailliet F, Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007. Etudes et Résultats, n° 686, Drees, avril 2009.

attend une régulation médicalisée des consommations de soins des populations assurées, le médecin de famille devenant un " partenaire " de l'assureur-santé pour le contrôle de la trajectoire de soins du patient. La réforme française a cependant choisi de ne pas transformer le médecin en gestionnaire d'enveloppe (" Fundholders ", où les médecins sont financièrement responsables des dépenses et intéressés aux économies réalisées). Un économiste nord-américain concluait une recherche en soulignant que : " Pour rationaliser l'usage des soins, la configuration " gatekeeper " ne génère pas d'incitations en quantités suffisantes ; tandis que la configuration de " fundholder " en génère trop... "8.

Le médecin reste plus un " partenaire " du patient, que de l'assureur.

Il est évident que le parcours de soins n'a pas résolu l'intégralité des dysfonctionnements pouvant exister pour certains recours, et que vraisemblablement il n'a fait qu'officialiser une trajectoire de soins qui passait déjà très largement par le médecin de famille. Dans l'état actuel du dispositif, la communauté des généralistes libéraux n'est aucunement organisée, ni motivée, ni n'a le temps matériel et le positionnement vis-à-vis des spécialistes, pour aller plus loin dans la rationalisation des dépenses de santé remboursables. Le médecin reste plus un " partenaire " du patient, que de l'assureur.

3. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Une stratégie alternative de maîtrise médicalisée est la mise en place en médecine générale d'une composante de rémunération à la performance : en France, le " CAPI ". Ce contrat est lui aussi inspiré d'expériences étrangères (les médecins généralistes anglais dans le cadre du National Health Service par ex.). La particularité du contrat français est la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins avec un souci d'efficacité des pratiques, mesurés au niveau de la patientèle de chaque médecin. Le CAPI comprend trois dimensions : " prévention ", " suivi des maladies chroniques " et " optimisation des prescriptions ". Pour chaque thème, des objectifs cibles ont été fixés à un horizon de trois ans, sur la base de critères d'écart à des bonnes pratiques collectives constatées ou à des recommandations autorisées (Haute Autorité de Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

Le recul actuel sur cette expérience n'est que d'une année (sur la durée prévue de trois ans) et les enseignements qui peuvent être tirés sont donc très provisoires. Premier chiffre, 14 800 médecins, soit un tiers environ de la population

éligible, ont adhéré (d'après la CNAM, le CAPI n'attire pas un profil particulier de médecin). On constate des évolutions de pratiques chez les médecins signataires en comparaison de leurs confrères⁹. Ainsi après un an, la proportion des diabétiques qui ont bénéficié de 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année (HbA1c) a augmenté de 4,2 points. De même, le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire est meilleur : 57 % bénéficient d'un traitement par statine et 47,1 % par aspirine à faible dose, en progression de 4 à 5 points en un an.

Dans le domaine de l'efficacité de la prescription, il apparaît aussi une différence significative entre les médecins signataires et les autres professionnels. L'écart apparaît important pour les IPP : la prescription de médicaments anti-ulcéreux (IPP) et anti-hypertenseurs pouvant être délivrés sous forme de génériques a augmenté de 18,9 pts pour les adhérents et de 11,9 pts pour les autres médecins (ces taux importants s'expliquent par la fin du brevet du pantoprazole). Grâce à ces évolutions, deux tiers des médecins (66 %) dont le contrat a atteint sa date anniversaire au 1^{er} juillet 2010 percevront une rémunération supplémentaire. Celle-ci dépend de la réalisation des différents objectifs ; en moyenne, elle s'élèvera à 3 100 € sur l'année. D'après la CNAM, ce coût reste inférieur aux économies engendrées par l'amélioration de la prescription.

La convention médicale pourrait étendre le CAPI à l'ensemble des omnipraticiens. Néanmoins, une telle évolution nécessite une modification législative et un accord entre les parties conventionnelles, notamment les représentants syndicaux. Il faut noter enfin que le paiement à la performance n'est pas la panacée ; il y a notamment le risque qu'un objectif (primé) chasse les autres (non primés)¹⁰, limitant l'usage de ces incitations à quelques objectifs bien ciblés.

La convention médicale pourrait étendre le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) à l'ensemble des omnipraticiens. Néanmoins, une telle évolution nécessite une modification législative et un accord entre les parties conventionnelles, notamment les représentants syndicaux.

4. Le travail en coopération : un futur possible ?

Sous la pression de diverses contraintes : complexification des prises en charge, multiplication des problèmes sociaux, attentes des patients..., l'organisation " individuelle " de la pratique est très largement en train d'être remise en cause. De leur côté, les pouvoirs publics voient dans le

regroupement des professionnels exerçant en libéral une solution à la crise des vocations, un facteur d'attractivité dans les zones sous-médicalisées, mais aussi une opportunité pour générer des économies d'échelle et inventer des pratiques plus efficaces¹¹. Le regroupement des médecins, et plus largement des professionnels de santé, pourrait ainsi devenir un trait saillant de l'offre de soins dans les prochaines années.

8/ James M. Malcomson, 2004. " Health Service Gatekeepers, " RAND Journal of Economics, The RAND Corporation, vol. 35(2), pages 401-421, Summer.

9/ Les données présentées ci-dessous sont issues d'une note de la CNAM et renvoient à une étude réalisée sur un sous-échantillon de 5355 médecins signataires du CAPI au 1^{er} juillet 2009.

10/ Bras PL, Duhamel G., Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères, Rapport IGAS 2008. Paris : IGAS.

11/ De fait, la littérature internationale en économie de la santé fait souvent de l'exercice " en groupe " un facteur d'efficacité. Voir : Jeannet A., Vienne P., Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral, rapport IGAS ; avril 2004.

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Finances de 2003¹², l'exercice isolé concernerait 58 % des médecins d'Île-de-France, contre 8,5 % des médecins au Royaume-Uni, 25 % aux USA et 16 % au Québec. Plus récemment, le panel d'observation en médecine générale cité plus haut montre qu'entre 60 % et 35 % des médecins généralistes exercent encore en solo selon les régions¹³. L'exercice groupé permet d'abord, en bonne gestion, une mutualisation des dépenses et des investissements ainsi que des économies d'organisation (secrétariat médical). Il permet également de mieux répondre aux contraintes de permanence des soins tout en protégeant la vie privée du médecin. Mais l'exercice en groupe renvoie également à une autre perspective, dans laquelle la mise en commun de moyens matériels se double d'une interaction médicale " sur le fond ", d'un projet collectif d'exercice et/ou d'une tentative alternative d'organisation des soins sur un territoire de santé défini. Cette seconde façon de voir le regroupement trouve sa traduction dans le concept de " Maison de santé pluridisciplinaire " et correspond à ce qui est mis en avant aujourd'hui (et à ce qui était mis en avant dans le passé au travers de la création des " réseaux de santé ", visant à coordonner la prise en charge de patients).

Un des enjeux des expérimentations est, dans un contexte de faible densité médicale, le " transfert de tâches " des médecins vers des auxiliaires de santé moins diplômés.

Les dispositifs économiques et juridiques encadrant ces nouveaux modes d'exercice doivent cependant s'adapter.

Différentes expérimentations sont en cours pour définir ce que pourrait être le financement de ces structures et la rémunération des professionnels qui y sont rattachés¹⁴. Un des enjeux des expérimentations est évidemment, dans un contexte de faible densité médicale, le " transfert de tâches " des médecins vers des auxiliaires de santé moins diplômés (cf. Rapport Berland¹⁵). Une étude économétrique réalisée sur des données de la CNAM montre qu'il s'opère actuellement, de fait, une " coopération minimale ", dans laquelle le médecin de ville prescrit d'autant plus d'actes infirmiers qu'il est en situation de surcharge de travail (Ventelou et Saliba, 2007, cité ci-dessous).

C'est lui qui décide de ce qui est potentiellement transférable et qui détermine de ce fait l'intensité de la délégation. Cette situation est clairement due :

- à l'asymétrie de pouvoir qui est créé par le monopole de prescription dont bénéficie le médecin
- au système de rémunération (paiement à l'acte, centré sur un praticien-individuel), qui met en concurrence les soignants sur les segments d'activité communs (Phillips 2002¹⁶).

Les modifications des modes de rémunération et l'exercice en groupe sont bien des facteurs-clés pour promouvoir une meilleure division du travail entre les professionnels.

12/ Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat, *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, rapport IGF, n° 2002-M-023-02, mars 2003

13/ ORS PACA/DREES. *L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Études et Résultats 2007, N° 610*

14/ Bourgueil et al, *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne*, *Questions d'économie de la santé*, n° 147 - Octobre 2009.

15/ Rapport Yvon Berland " *Transfert de Compétences* " octobre 2003 ; Ministère de la santé.

16/ Phillips, R. L.Jr., Harper, D.C., Wakefield, M., Green, L.A., Fryer, G.E.Jr. *Can nurse practitioners beat parochialism into plowshares?*, *Health Affairs*. 2002;21(5): 133-136.

La collecte systématique d'information de pratiques en médecine générale n'est pas réalisée en France, contrairement à d'autres pays où une tradition de " recherche en médecine générale " s'est installée de longue date. Il n'y a quasiment aucune source permettant par exemple de croiser diagnostic et prescriptions et d'analyser la qualité des pratiques. Faisons un rapide tour d'horizon de l'existant : Le SNIIR-AM (données de remboursement) enregistre l'activité des trois régimes d'assurance-maladie mais ne dispose pas de données qualitatives : diagnostics, etc. Les panels privés BVA, Thalès, sont souvent définis pour les besoins de l'industrie (mais ils peuvent servir une recherche " publique ". ex : Labarthe G., 2004, " Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie ". *Études et résultats*, DREES, n° 315, 12 p.2). L'IRDES dispose d'un projet PROSPERE <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.htm>, en cours de développement sur un échantillon de médecins volontaires autour de la Société Française de Médecine Générale. Enfin une collecte qualitative à grande échelle existe depuis 2008 grâce à un partenariat DREES-URML-FNORS-Inserm : le panel d'observation des pratiques (5 régions, 1900 médecins), qui nous a servi pour cette note.

Bibliographie :

Aulagnier M. et al., " L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises ". *ETUDES et RÉSULTATS*, n°610 - novembre 2007.

Desprès P. et al., " Santé physique et psychique des médecins généralistes ". *ETUDES et RÉSULTATS*, n°731 - juin 2010.

Ventelou B. et al., " Les médecins généralistes face aux réformes ", *Médecine Sciences*, 2007, vol. 23, n° 5 : 538 à 544.

Ventelou, B. Saliba, B. " État des lieux sur l'activité, le temps de travail et la disposition à employer un délégué des médecins généralistes de la région PACA ", *Rapport du groupe de travail présidé par M Elbaum " Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé "*, 2007. Haute Autorité de Santé, pp 134-155.