



ReAGJIR

*Regroupement Autonome des Généralistes
Jeunes Installés et Remplaçants*

Mission Legmann

Pour la refonte de la médecine libérale

Document de propositions ReAGJIR

Audition du 30 mars 2010

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

68 rue de la Poste 79360 PRISSE LA CHARRIERE

06 42 18 40 14 – contact@reagjir.com

SOMMAIRE

1. Préambule	3
2. Trois critères d'attractivité de la médecine libérale	3
2.1. Liberté d'installation	3
2.2. Liberté d'organiser sa pratique	3
2.3. Possibilité de diversifier plus facilement son activité	3
3. Quatre critères de non attractivité de la médecine libérale	3
3.1. Gestion d'entreprise rédhitoire	3
3.1.1. Absence de formation à la gestion d'entreprise pendant la formation médicale initiale	3
3.1.2. Mauvaise utilisation du temps médical : lourdeur des tâches non médicales	3
3.1.3. Manque de souplesse des carrières	3
3.2. Le mode de rémunération : paiement à l'acte quasi exclusif inadapté aux missions des spécialistes en soins primaires	4
3.2.1. Frein à la qualité des soins	4
3.2.2. Inadapté au travail en équipe pluridisciplinaire	4
3.2.3. Absence de garantie de revenus	4
3.3. Isolement des praticiens	4
3.4. Insuffisance de la protection sociale	4
4. Cinq propositions pour améliorer le statut libéral des généralistes remplaçants, collaborateurs et jeunes installés	4
4.1. Amélioration de la formation à la gestion d'entreprise durant la FMI	4
4.2. Création des nouveaux métiers de la santé	5
4.2.1. Assistance aux médecins	5
4.2.2. Coordonnateur - administrateur ("manager")	5
4.3. Révolution des modes de rémunération	5
4.4. Structuration et uniformisation des pratiques	5
4.4.1. Favoriser l'exercice en groupe et la collaboration entre médecins	5
4.4.2. Développement de la FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale)	5
4.5. Amélioration du statut du médecin libéral	5
4.5.1. Améliorer le système de prévoyance obligatoire	5
4.5.2. Réduire les contraintes horaires	5
5. Bibliographie	6

1. Préambule

Il nous paraît important de préciser que "médecine générale" ne signifie pas "médecine libérale", et inversement.

La médecine générale est une spécialité **ambulatoire** qui répond à la définition de la WONCA. Elle peut s'exercer avec un statut de profession libérale, mais pas uniquement. Elle peut également s'exercer avec un statut de salarié (en centre de santé par exemple).

Enfin, la "médecine libérale" n'est pas une profession. Aucun étudiant ne choisit de "faire de la médecine libérale". Il s'agit d'un statut professionnel accessible à toutes les spécialités.

Comme demandé dans la lettre de mission, notre travail ne porte que sur les éléments du statut libéral auquel ont accès les médecins généralistes remplaçants, jeunes installés et collaborateurs en France.

2. Trois critères d'attractivité de la médecine libérale

2.1. Liberté d'installation

2.2. Liberté d'organiser sa pratique

Le système actuel de médecine libérale permet d'organiser son travail comme on le souhaite : nombre de jours travaillés, réduction ou augmentation de ses revenus, choix des conditions de travail et de l'outil de travail, absence de hiérarchie, choix des collaborateurs, des remplaçants et des remplacés.

Cependant ces libertés restent encadrées par des obligations légales, notamment la continuité de soins.

2.3. Possibilité de diversifier plus facilement son activité

La médecine générale libérale actuelle permet de diversifier plus facilement son activité au sein de son cabinet (développement d'activités spécifiques, de MEP).

3. Quatre critères de non attractivité de la médecine libérale

3.1. Gestion d'entreprise rédhibitoire

3.1.1. Absence de formation à la gestion d'entreprise pendant la formation médicale initiale

Sentiment d'incompétence, de complexité qui décourage les jeunes médecins à choisir la médecine générale, quasi exclusivement libérale dans le système de soins actuel. (9)

3.1.2. Mauvaise utilisation du temps médical : lourdeur des tâches non médicales

Tâches directement liées au statut libéral et qui sont chronophages (10) :

- Comptabilité libérale complexe
- Gestion de l'outil
- Gestion des ressources humaines

3.1.3. Manque de souplesse des carrières

Une fois installé, surtout en groupe et avec investissement immobilier, il est difficile de changer de lieu, de mode d'exercice ou de modifier ses conditions de travail.

A noter que l'exercice en mode libéral ne favorise pas la participation à des formations. Ceci est un autre frein à l'évolution des carrières.

3.2. Le mode de rémunération : paiement à l'acte quasi exclusif inadapté aux missions des spécialistes en soins primaires

3.2.1. Frein à la qualité des soins

Ce mode de rémunération ne favorise pas une bonne qualité des soins. Il ne reconnaît pas et n'indemnise pas un certain nombre de missions majeures du médecin généraliste (cf. loi HPST) : prévention, éducation, prise en charge globale du patient, prise en charge des urgences, réflexion sur l'organisation des soins et du cabinet (1) (2) (3) (4).

Alors que les études (5) (6) (7) mettent en évidence une corrélation directe entre le niveau de santé des populations et le temps moyen que passe chaque patient avec son médecin généraliste, il apparaît très clairement que le paiement à l'acte, qui incite à la réduction du temps de consultation, est incompatible avec l'amélioration de la qualité des soins.

Cette difficulté à pouvoir pratiquer des soins de qualité est génératrice d'une frustration incriminée dans les syndromes d'épuisements professionnels (12).

3.2.2. Inadapté au travail en équipe pluridisciplinaire

Aucune rémunération pour les temps de réunion et de concertation (1) (3).

3.2.3. Absence de garantie de revenus

Il s'agit d'un élément en défaveur de la médecine libérale quand l'exercice salarié garantit des revenus connus, stables (8) et évolutifs.

Ce mode de rémunération ne permet pas de garantir un revenu, notamment en début d'activité. Si l'activité est faible, les revenus seront faibles alors même que les charges continueront de peser sur la trésorerie.

Cette problématique s'exacerbe en début d'activité et représente un frein à l'installation.

3.3. Isolement des praticiens

La médecine générale libérale en France est majoritairement un exercice isolé (11).

Le système libéral, concurrentiel, incite les médecins à exercer encore trop souvent chacun de leur côté sans collaborer réellement, y compris dans les cabinets de groupe (8).

Cet isolement professionnel est une raison à la fois du burn out des médecins installés (12) mais aussi du non choix de la médecine générale par les étudiants (9) (13) (14).

3.4. Insuffisance de la protection sociale

Il n'existe aucun régime de prévoyance obligatoire pour les médecins non thésés. Quant à celui des médecins thésés, il est clairement insuffisant. Par exemple, 90 jours de carence pour le versement d'indemnités journalières contre seulement 3 jours pour le statut salarié.

Les indemnités journalières prévues pour les congés maternité sont insuffisantes. Elles ne permettent pas de couvrir les charges inhérentes à l'entreprise libérale et incitent au raccourcissement du congé maternel.

4. Cinq propositions pour améliorer le statut libéral des généralistes remplaçants, collaborateurs et jeunes installés

4.1. Amélioration de la formation à la gestion d'entreprise durant la FMI

Cet enseignement est souvent incomplet et parfois totalement absent du cursus médical.

Durant le DCEM, afin de réduire l'appréhension de choisir la médecine générale libérale, il faut :

- instaurer des enseignements théoriques
- généraliser et majorer les enseignements pratiques (augmentation du temps de stage passé en cabinet libéral)

Concernant le TCEM, il faut :

- perfectionner les connaissances théoriques
- renforcer les enseignements pratiques (augmentation du temps de stage passé en cabinet libéral)

4.2. Création des nouveaux métiers de la santé

4.2.1. Assistance aux médecins

Transfert vers ces professionnels d'un certain nombre de tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement...) et paramédicales (ex : questionnaires, biométrie, éducation) afin de permettre aux médecins de se concentrer sur leurs missions propres.

Ces métiers supposeraient des formations particulières et des aides pour les financer.

4.2.2. Coordonnateur - administrateur ("manager")

Professionnel administratif indispensable à la gestion des structures libérales complexes.

Possible mutualisation d'un coordonnateur par plusieurs structures.

4.3. Révolution des modes de rémunération

Il faut mettre fin au paiement à l'acte quasi-exclusif et instaurer de nouveaux modes de rémunération (rémunération mixte, forfaits...) afin de valoriser l'ensemble des missions de la médecine générale, l'exercice en groupe et l'organisation des soins primaires.

Par ailleurs, une modification du mode de rémunération est fortement plébiscitée par les futurs médecins (60% d'opposition au paiement à l'acte exclusif) (9) (13) (14). Une étude bretonne de 2007 montre qu'une majorité des médecins généralistes installés sont ouverts à une évolution du mode de rémunération (15).

4.4. Structuration et uniformisation des pratiques

4.4.1. Favoriser l'exercice en groupe et la collaboration entre médecins

Les jeunes médecins demandent à exercer en groupe afin de :

- mutualiser les coûts
- partager les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins
- rompre l'isolement professionnel

Il faut donc favoriser le regroupement des médecins, notamment **en incitant fortement les actuels installés à intégrer des regroupements pour accueillir les jeunes praticiens, en particulier au sein de maisons de santé pluridisciplinaires.**

4.4.2. Développement de la FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale)

L'amélioration et l'uniformisation de la pratique en médecine libérale passe par le développement de la recherche et de l'enseignement en médecine libérale.

L'accueil des stagiaires au cabinet du médecin généraliste doit être encouragé et favorisé financièrement.

L'existence d'une filière et d'un corps universitaires est structurante pour une profession. La médecine générale est très nettement en retard par rapport aux autres spécialités en France, mais aussi par rapport aux autres pays européens. Le développement de la FUMG doit faire l'objet d'investissements majeurs le plus rapidement possible.

4.5. Amélioration du statut du médecin libéral

4.5.1. Améliorer le système de prévoyance obligatoire

Maternité, maladie, invalidité, retraite.

A l'équivalent du statut salarié.

4.5.2. Réduire les contraintes horaires

Ré-organisation du temps de travail pour répondre aux attentes des médecins en termes de qualité de vie.

Se rapprocher des autres modes d'exercices, notamment hospitalier.

5. Bibliographie

1. **Baron RJ, Cassel CK.** 21st-Century Primary Care - New physician roles need new payment models. *JAMA*. 2 avril 2008, Vol. 299, 13, pp. 1595-7.
2. **Duhot D.** Place du médecin traitant dans le dépistage : encore trop paradoxale ! *Le Concours Médical*. 23 juin 2009, Vol. 131, 12, pp. 452-3.
3. **Goroll AH, et al.** Fundamental Reform of Payment for Adult Primary Care : Comprehensive Payment for Comprehensive Care. *J Gen Intern Med*. mars 2007, Vol. 22, 3, pp. 410–5.
4. **Commission des comptes de la sécurité sociale.** *Rapport septembre 2008 - Partie 9-3 - Mode de rémunération des médecins généralistes : éléments de comparaisons internationales*. Commission des comptes, Sécurité sociale. 2008.
5. **Landau DA, et al.** Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage*. juillet-août 2007, Vol. 23, 1, pp. 12-5.
6. **Geraghty EM, Franks P, Kravitz RL.** Primary care visit length, quality, and satisfaction for standardized patients with depression. *J Gen Intern Med*. décembre 2007, Vol. 22, 12, pp. 1641-7.
7. **Hutton C, Gunn J.** Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 17 mai 2007, 7, p. 71. disponible à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/71> .
8. **Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** *Rapport 2006-2007 - Tome 1 - La médecine générale*. 2007.
9. **Marchand O.** *Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie*. Faculté de Médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier. 2006. Thèse : Med.
10. **IRDES.** Le temps de travail des médecins généralistes - Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé*. juillet, 2009, 144.
11. **Beauté J et al.** *Baromètre des pratiques en médecine libérale - Résultats de l'enquête 2006 - L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons*. s.l. : IRDES, 2006. Document de travail.
12. **Mouries R, Tetau JM.** *L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyse et perspectives*. Commission prévention et santé publique, URML Île de France. Paris : s.n., 2007. Dossier de presse.
13. **Kandel O, Poisson-Ruby S, Gavid B.** Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers - Résultats d'une enquête auprès de 183 médecins. *La revue du praticien - Médecine générale*. janvier 2007, Vol. 21, pp. 2-3.
14. **Vauthier JC.** *L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine - Etat des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures - Proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural*. Faculté de Médecine de Nancy - Université Henri Poincaré, Nancy 1. Nancy : s.n., 2006. Thèse : Med.
15. **Cousença J.** *Etat des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération*. Thèse de doctorat en médecine présentée le 13/06/07 à la faculté de médecine de Rennes. [document consulté le 22/01/08] Accès <http://www.urbreizh.fr/doc/julien.pdf>