UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Facteurs influençant le souhait de productivité des médecins généralistes du Nord

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2024
à 16h00 au pôle Formation

Par Marie SOURICE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jean-Philippe PLATEL

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

La Faculté n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRDMM	Commission de Recherche des Départements de Médecine et de Maïeutique
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Examen Classant National
ECOS	Examens Cliniques Objectifs et Structurés
EDN	Epreuves Dématérialisés Nationales
EPS	Etablissement Public de Santé
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAS	Licence Accès Santé
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSU	Maître de Stage Universitaire
NA	*Not available* (donnée manquante)
OQN	Objectif Quantifié National

PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PASS	Parcours d'Accès Spécifique Santé
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SA	Société Anonyme
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SN1	Stage ambulatoire de Niveau 1
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Sommaire

Avertissement 2
Remerciements ..... **Error! Bookmark not defined.**
Sigles 3
Sommaire 5
Introduction 8
1 Préambule 8
2 Organisation du système de santé en France 8
2.1 Généralités sur l'offre de soin 8
2.1.1 Les établissements de santé 8
2.1.2 La médecine de ville 10
2.2 Le financement du soin en France 10
2.2.1 Une inspiration bismarckienne 10
2.2.2 Organisation de la prise en charge financière en ambulatoire 11
2.2.3 Principe du soin validé 11
3 La médecine générale libérale 11
3.1 Formation académique 11
3.2 Exercice 12
3.3 Place dans le parcours de soin 12
3.4 L'activité du médecin généraliste libéral 12
3.5 Le volume de travail en médecine générale libérale 13
3.6 Rémunération des médecins généralistes dans le monde 14
4 Adéquation entre offre de soin et besoins de la population 14
4.1 Phase restrictive de l'offre de soin 14
4.1.1 Notion de « demande induite par l'offre » 14
4.1.2 Mobilité géographique forcée avec l'accès au troisième cycle 17
4.1.3 Synthèse 18
4.2 Phase d'ouverture 18
4.2.1 Un besoin d'accès aux soins croissant 18
4.2.2 Solutions pour augmenter l'offre de soins 18
5 Une offre de soins toujours insuffisante 21
5.1 Un nombre de médecins installés insuffisant 21
5.2 Décorrélation entre les admissions en médecine et le nombre de médecins formés 22

5.3 Décorrélation entre le nombre de médecins formés et le nombre de médecins généralistes installés 22
5.4 Décorrélation entre le nombre de médecins installés et l'offre de soins 23
5.4.1 Temps de travail 23
5.4.2 Aspects motivationnels 23
6 Objectif 25
Matériel et méthodes 26
1 Design de l'étude 26
2 Phase qualitative 26
2.1 Design de l'étude 26
2.2 Critères d'inclusion et de non-inclusion 26
2.3 Recrutement 26
3 Phase quantitative 27
3.1 Design de l'étude 27
3.2 Critères d'inclusion et de non-inclusion 27
3.3 Recrutement 27
3.4 Analyse de données 28
3.5 Analyse statistique 28
3.5.1 Analyses univariées 28
3.5.2 Analyses bivariées 28
3.5.3 Significativité 29
4 Cadre réglementaire, financement 29
Résultats 30
1 Phase qualitative 30
2 Phase quantitative 32
2.1 Flowchart 32
2.2 Caractéristiques des participants (n=118) 32
2.3 Facteurs influençant le souhait de productivité des médecins généralistes 34
Discussion 38
1 Principaux résultats 38
2 Discussion des résultats 38
3 Discussion de la méthode 42
4 Perspectives, impact 42
Conclusion 43
Liste des tableaux 44

Liste des figures 45
Références 46
Annexe 1 : Questionnaire papier et lettre d’accompagnement 51

Introduction

1 Préambule

L'accès aux soins est aujourd'hui plus que jamais un enjeu fondamental de santé publique. Parmi les éléments de l'accès aux soins, l'offre de soins en soins premiers est un des éléments importants. Elle se trouve au centre des débats, et ne cesse de faire l'objet de nouvelles réformes politiques qui auraient pour but de pallier les déficits qui la caractérisent. Or, on peut constater que malgré les nouvelles mesures mises en place pour tenter d'améliorer cette offre de soins premiers, la situation ne s'améliore pour l'instant guère. On peut donc penser que ces nouvelles mesures sont efficaces mais contrecarrées par un autre phénomène, ou qu'elles sont inefficaces. Une troisième possibilité serait que ces mesures soient elles-mêmes responsables de la diminution de l'offre de soins premiers. Dans cette hypothèse, cela voudrait dire que les mesures prises ont un impact direct ou psychologique qui amène les médecins généralistes à diminuer quantitativement leur activité. Cela voudrait alors dire que la meilleure solution ne serait pas d'augmenter les interventions de l'Etat dans ce sens, mais au contraire de limiter ces interventions.

Afin d'explorer cette hypothèse, il est nécessaire de savoir quels sont les facteurs incitatifs ou dissuasifs de productivité des médecins généralistes qui seraient en relation avec des décisions publiques. La présente thèse s'attachera à cela.

Dans cette introduction, nous décrirons dans un premier temps l'organisation globale du système de santé français, afin d'avoir une vue d'ensemble sur l'offre de soin disponible en France. Ensuite, dans ce système de santé global, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux médecins généralistes libéraux. L'activité des médecins généralistes ayant pour but de proposer une offre de soins premiers répondant aux besoins de la population, il sera par la suite pertinent d'analyser comment cette offre de soin a évolué par rapport aux besoins de la population. Enfin, nous verrons pourquoi l'offre de soin actuellement proposée en France est toujours insuffisante par rapport à ce besoin, avant d'énoncer les objectifs de ce travail de thèse.

2 Organisation du système de santé en France

2.1 Généralités sur l'offre de soin

En France, le système de santé s'articule autour de deux grands types de prise en charge du patient : la prise en charge en établissement de santé (hôpital, clinique…) et la prise en charge en médecine de ville (secteur ambulatoire de l'offre de soins).

2.1.1 Les établissements de santé

Concernant les établissements de santé, le patient peut à ce jour s'orienter vers trois grands types d'établissements : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés, et les ESPIC, qui ont chacun un mode de fonctionnement qui leur est propre.

2.1.1.1 Les établissements publics de santé (EPS)

Les établissements publics de santé (EPS) sont des établissements investis d'une mission de service public : ils garantissent un accès égal et de qualité pour tous ainsi qu'une permanence d'accueil des patients de jour comme de nuit. Ils assurent aussi une continuité des soins, tant durant l'hospitalisation que dans l'après hospitalisation, en s'assurant que le patient dispose des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de sa prise en charge. Ils disposent aussi de missions spécifiques à l'hôpital public, telles que la formation des médecins, ou la recherche et la réalisation de soins de pointe (ex : greffe d'organes).[1] Ils sont dirigés par un fonctionnaire en qualité de chef d'établissement.

Les médecins travaillant au sein de ces établissements ont un statut salarié :[2] leur revenu est principalement fixe (en fonction des plages horaires), quel que soit le nombre d'acte réalisé. Il est similaire pour tous les praticiens de même grade, qu'importe leur spécialité, ou leur région d'exercice. La responsabilité civile est endossée par l'hôpital. Le praticien n'est personnellement responsable qu'en cas de faute détachable du service.

Qu'en est-il de la prise en charge du patient ? En établissement public, ce dernier peut consulter le praticien disponible sur place, sans pouvoir porter d'exigence sur l'identité de celui-ci. En cas d'hospitalisation, en-dehors des exonérations du ticket modérateur, les frais de celle-ci seront pris en charge à 80% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).[2] Le cas échéant, l'assurance maladie complémentaire (AMC) prend en charge les 20% de frais restants.

2.1.1.2 Les établissements privés à but lucratif

Les établissements privés à but lucratifs, ou cliniques privées, sont également appelés ex-OQN (anciennement sous Objectif Quantifié National). Ils prennent une forme juridique privée, comme par exemple une SA (société anonyme). Leurs établissements n'assurent pas toujours un accès aux soins 24h/24, et ils ne sont pas tenus d'accueillir les patients qui ne sont pas déjà suivis au sein de leur établissement. Ils n'assurent donc pas de mission de service public. Ils sont financés par l'Assurance Maladie.

La plupart du temps, les médecins y exerçant ont le statut de médecin libéral, et versent une redevance à la clinique pour l'usage des lieux et des services. Ils sont donc payés directement par le patient et/ou ses assurances santé, proportionnellement au nombre d'actes effectués. La responsabilité civile du médecin peut être engagée : il n'est pas protégé par l'établissement.[1]

Concernant la prise en charge du patient, ce dernier a le libre choix de son praticien. Les praticiens peuvent cependant mettre en place des dépassements d'honoraires.[1] En hospitalisation, les soins seront pris en charge à 80% par l'AMO, en-dehors des cas d'exonération du ticket modérateur, sur la base du tarif fixé par l'Assurance maladie, en ne prenant pas en compte les dépassements d'honoraires, qui sont parfois pris en charge par les AMC. Il peut donc rester un important reste à charge pour le patient à l'issue des soins.

2.1.1.3 Les ESPIC

Les ESPIC sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif. Il s'agit de structures ayant le même mode de financement que les établissements publics, et participant eux aussi aux missions de service public énumérées ci-dessus. Ces établissements ont généralement la forme juridique d'une association loi 1901 (y

compris des mutuelles) ou d'une fondation. Les médecins y sont quasiment tous salariés.[3]

Cependant, il s'agit de structures de droit privé, ce qui leur confère une plus grande souplesse au niveau de leur organisation interne (embauche, licenciement…). Cette plus grande liberté leur permet de s'adapter davantage à leurs contraintes territoriales, que ce soit en termes d'organisation ou d'individualisation des carrières et des rémunérations.[4]

Cependant, l'accès aux soins ne se fait pas uniquement par les établissements de santé, mais aussi par la médecine de ville.

2.1.2 La médecine de ville

Les médecins peuvent donc décider de ne pas pratiquer en établissement de santé, mais au sein de cabinets, en ville. Ils pratiquent alors en général sous le régime de la profession libérale, et ont une organisation qui leur est propre. Les patients sont libres de choisir le praticien auquel ils souhaitent avoir recours.

Ce cadre inclut également les consultations réalisées par des médecins dans des établissements de santé, sans hospitalisation.

Certains praticiens peuvent exercer en tant que salariés dans des maisons de santé, avec des contraintes organisationnelles imposées, mais sans répercussion sur la liberté de choix du praticien par le patient. Ce type de pratique ne sera pas d'avantage développée dans cette thèse.

Si la médecine de ville n'a généralement pas accès au plateau technique des établissements de santé, elle permet cependant de prendre en charge un grand nombre de pathologies ne nécessitant pas de soins ou d'examens de haute technicité. Cela permet de désengorger la patientèle des établissements de santé, qui peuvent se concentrer sur les pathologies les plus graves et les plus urgentes. Elle permet en général une prise en charge plus globale et régulière que les soins en établissement de santé. L'accès aux soins de ville est donc essentiel dans le bon fonctionnement du système de santé.

Que ce soit en médecine de ville ou en établissement de santé, l'accès à l'offre de soins est corrélé aux possibilités de remboursement de ces frais de santé.

2.2 Le financement du soin en France

2.2.1 Une inspiration bismarckienne

Le système de financement des soins français est principalement basé sur un système bismarckien. Les salariés et leurs employeurs se voient contraints de verser des cotisations à une AMO qui leur est imposée. Ces cotisations permettent d'acquérir des droits, et donnent notamment accès à la prise en charge de certains soins. Cette prise en charge peut notamment se matérialiser par un remboursement de dépenses avancées par l'assuré, ou par un tiers payant (paiement direct du prestataire par l'AMO). C'est donc l'activité professionnelle qui permet à la population l'accès à leurs droits. Les cotisations sont proportionnelles au salaire de l'individu.[5]

Ces cotisations sont collectées par des caisses, indépendantes de l'Etat, qui assurent elles-mêmes le remboursement de l'assuré. Ces caisses sont presque toutes des organismes de droit privé, constitués sous la forme d'associations loi 1901. Les deux

principales caisses en France sont la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), et la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

2.2.2 Organisation de la prise en charge financière en ambulatoire

Pour rappel, la prise en charge financière peut se faire en remboursement ou en tiers payant.

Actuellement, le patient en demande de soins sollicite lui-même le soin, et ce soin est pris en charge par son AMO et éventuellement son AMC. Cette prise en charge comporte néanmoins des nuances entre les soins de ville et les soins hospitaliers.

En ville, le système de prise en charge s'organise autour de la notion de parcours de soins [6] (explicité plus bas) : le patient a (normalement) un médecin traitant. Lors des consultations avec ce dernier, ses soins seront pris en charge à 70% par l'AMO (dont il faut déduire 1 euro de participation forfaitaire), et à 30 % par l'AMC. En prenant l'exemple d'une consultation classique à 26,50 euros, le patient aura donc 1 euro de reste à charge, 17,55 euros seront versés par l'AMO (correspondant aux 0,7 x 26,5 - 1 = 17,55) et de 7,95 euros seront versés par l'AMC (0,3 x 26,5). Pour tous les spécialistes vers qui le patient se tournera sur orientation de son médecin traitant, la logique de prise en charge sera la même.

Cependant, si le patient consulte un médecin généraliste qui n'est pas son médecin traitant, ou un spécialiste sans être orienté par son médecin traitant, l'AMO ne prendra en charge que 30 % du tarif de leur consultation (donc pour une consultation de médecine générale à 26,5 : 0,3 x 26,5 - 1 = 6,95 euros pris en charge par l'AMO).

La logique du parcours de soins n'est cependant pas appliquée pour les enfants de moins de 16 ans, et pour l'accès aux consultations de gynécologie, dentiste/stomatologue, ophtalmologue et psychiatre (entre 16 et 25 ans) afin de faciliter l'accès aux soins.

En médecine de ville, si le patient a accès à une complémentaire santé, lui reste donc à charge sa participation forfaitaire [7] (1 euro par consultation chez le médecin et par acte de radiologie ou biologie avec un plafond de maximum 4 euros/jour) et la franchise médicale [8] (participation de 0,5 euros par boite de médicament et acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire, avec un maximal de 50 euros/an).

2.2.3 Principe du soin validé

En ville tout comme à l'hôpital, les soins sont remboursés par les différentes caisses sur la base de tarifs conventionnés par la Sécurité Sociale (sur la base de logiques financières et d'*Evidence Based Medicine*). Les taux de remboursement se font sur la base de ces tarifs, et ne prennent pas en compte les éventuels dépassements d'honoraires, parfois pris en charge par les complémentaires santé. Seuls les soins validés et dispensés par des professionnels reconnus comme tels sont remboursés.

3 La médecine générale libérale

3.1 Formation académique

La médecine générale est, depuis l'apparition des ECN en 2004, considérée comme une spécialité médicale à part entière ; tous les étudiants finissant leurs études de

médecine générale à partir de 2007 sont donc considérés comme des spécialistes en médecine générale.[9] Il s'agit d'une spécialité prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladie relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier.[10]

Elle est accessible via les études médicales. Le premier cycle est caractérisé par une sélection des étudiants (actuellement PASS-LAS). L'accès au troisième cycle est caractérisé par une phase de classement national des étudiants (actuellement EDN). L'internat de médecine générale dure désormais 4 ans (depuis la rentrée scolaire 2023 pour les nouveaux internes de médecine générale).[11] A la fin de ces longues années, les étudiants obtiennent leur DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale et, une fois leur thèse passée, le statut de Docteur en médecine. Ils doivent, dès lors, s'inscrire auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins.

3.2 Exercice

Les médecins généralistes ont une grande possibilité d'exercice : à l'hôpital, en tant que salarié, ou en ville, en tant que salarié ou libéral. L'exercice libéral reste à ce jour l'exercice en ville le plus répandu. Les praticiens exercent alors en cabinet, seuls ou en groupe, et ont un rôle de prise en charge globale du patient, duquel ils deviennent le médecin traitant. Ils ont notamment un rôle d'accompagnement, de dépistage, de prévention, mais aussi un rôle curatif et d'orientation et d'organisation globale des soins du patient.

3.3 Place dans le parcours de soin

Le médecin traitant est au centre du dispositif de parcours de soin. Ce système de fonctionnement a été mis en place afin de mieux organiser et articuler le soin premier du patient : le patient a un médecin généraliste référent, qui est son médecin traitant, qui connait son dossier et a accès à l'ensemble de ses données médicales. Il peut donc coordonner les soins de son patient en ayant une vue d'ensemble sur son dossier.[6] Il est le médecin à contacter en cas d'hospitalisation pour connaître des informations sur le malade. Ce dispositif permet de concentrer les consultations auprès d'un praticien référent, et d'éviter les prises en charges multiples et diverses, entrainant des consultations, des soins et des prises en charges éparses, multiples et non optimisées. Un dispositif inverse entrainerait un surcoût et une surmédicalisation probable des patients, voire dans certains cas une errance médicale. Enfin, comme il a été vu plus haut, l'orientation du patient via ce parcours de soins lui permet un remboursement optimal de ses frais de santé. L'accès aux soins premiers via le médecin traitant aujourd'hui est donc essentiel, tant pour bénéficier d'une prise en charge optimale, que pour se faire rembourser de manière adéquate.

3.4 L'activité du médecin généraliste libéral

L'activité d'un médecin libéral est bien différente d'une activité en établissement de santé. Elle présente l'avantage d'une certaine liberté en termes d'organisation et d'installation, en opposition avec les rythmes de travail des personnels salariés.

Les médecins généralistes libéraux ont, jusqu'à ce jour encore, une liberté d'installation totale. Si l'exercice en cabinet seul a tendance à perdre en attractivité, bon nombre de médecins décident désormais de s'installer au sein de maisons de

santé, afin de pouvoir allier travail en autonomie en cabinet avec convivialité et entraide pluridisciplinaire.

Les médecins installés n'ont pas d'obligations légales en termes d'horaires, ils peuvent donc organiser leur emploi du temps comme ils le souhaitent, limités simplement par l'obligation morale de se rendre disponible à des horaires convenables pour leurs patients, et par leurs propres besoins financiers. La permanence de soins avec la prise de gardes se fait sur la base du volontariat.

L'emploi du temps est donc organisé en termes de plages horaires, avec la possibilité pour les patients de prendre rendez-vous sur les plages disponibles. Quelques médecins organisent encore des plages de consultation libres, acceptant de recevoir tout patient entrant au cabinet dans un créneau horaire donné. Il peut choisir de faire des visites à domicile, non obligatoires en théorie même s'il est en pratique difficile d'y déroger.

Le médecin ne peut donc gérer qu'un certain flux (contrairement aux hôpitaux publics qui - théoriquement - se doivent de prendre en charge chaque patient qui se présente aux urgences quelle que soit l'heure), mais à l'inverse il ne touche aucune somme si un rendez-vous n'est pas pourvu ou n'est pas honoré.

Si l'organisation de l'activité en médecine libérale comporte donc un bon nombre d'avantages, il en découle cependant un certain nombre d'obligations morales, notamment en termes de quantité de travail fournie, imposées par la faible densité médicale sur le territoire français.

3.5 Le volume de travail en médecine générale libérale

Si le choix de la charge de travail du médecin généraliste libéral est en théorie très libre, on constate cependant, dans la pratique, que les médecins généralistes travaillent encore beaucoup. En effet, les études sur la répartition du temps de travail des médecins généralistes relatent une durée de travail entre 50 et 60 heures par semaine (en moyenne 54 heures) en 2019.[12,13] Ce volume horaire reste encore supérieur à la limite horaire maximale par semaine autorisée de 48 heures (limite moyenne maximale autorisée par semaine pour les praticiens hospitaliers et les internes, avec une limite maximale absolue à 60 heures sur une semaine).[14,15]

Les consultations ont une durée moyenne de 18 minutes, et les médecins consacrent environ 5,5 heures par semaine aux tâches de gestion et de coordination et deux heures à la mise à jour des connaissances. Deux heures par semaine sont dédiées à d'autres activités (vacations à l'hôpital…).[12]

Certaines pratiques permettent aux médecins généralistes de diminuer leur temps de travail non médical. En effet, les études des URML Rhône-Alpes et Bretagne et de la DREES ont rapporté que les généralistes n'ayant pas de secrétariat dédient 30 minutes de leur journée au minimum à la prise de rendez-vous, contre 6 minutes pour ceux qui partagent la permanence téléphonique avec leur secrétariat. L'accès au secrétariat est cependant coûteux et représente donc une limite dans leur accès.[13]

Les médecins généralistes assurent à ce jour un volume de travail tel qu'ils dépassent le temps de travail maximal légal par semaine (autorisé en établissement).[15] Ces volumes horaires traduisent donc une inadéquation entre les besoins en soins de la population et le nombre de médecins généralistes en place. Les médecins se trouvent

donc surchargés de travail, ce qui peut jouer sur leur motivation et, sur le long terme, sur leur productivité.

3.6 Rémunération des médecins généralistes dans le monde

Il existe différents modes de rémunération des médecins généralistes libéraux dans le monde. Nous détaillerons la capitation et le paiement à l'acte, l'un étant souvent opposé à l'autre par les économistes de la santé.

Le premier est la capitation : il s'agit d'un mode de rémunération où le médecin reçoit une enveloppe forfaitaire pour chaque patient inscrit à son cabinet, indépendamment de la quantité de soins prodiguée au patient. Ce mode de rémunération n'est pas en vigueur en France à l'heure actuelle, mais présent dans certains pays d'Europe, comme le Royaume-Uni par exemple, où il en est principal mode de rémunération.[16,17]

Il existe aussi le paiement à l'acte, utilisé en médecine générale en France actuellement. Il s'agit d'un paiement en fonction du nombre d'actes effectués par le médecin.[16] Pour les médecins généralistes libéraux, la somme les concerne directement. Cependant, il est aussi possible d'exercer la médecine générale en cabinet en tant que salarié, comme vu plus haut : la somme obtenue revient alors à la structure, qui reverse un salaire fixe au médecin pour un temps de travail effectué, sans tenir compte de la nature des actes effectués dans ce paiement.

Bien qu'il existe quelques cotations afin de prendre en compte dans le paiement à l'acte des consultations qui peuvent être plus longues ou plus complexes, le paiement à l'acte présente globalement comme désavantage de proposer, pour la plupart de ses consultations, un tarif « gelé », alors que les durées de consultation peuvent s'avérer très aléatoires en fonction du patient et du motif de venue.

Il est à noter que, quel que soit le mode de rémunération du médecin (libéral/salarié), la rémunération des médecins français est en général moindre que celle des médecins étrangers : ainsi, ils gagnent un tiers de moins que les médecins généralistes libéraux allemands et 10% de moins que les anglais.[18]

4 Adéquation entre offre de soin et besoins de la population

Nous allons maintenant nous intéresser aux variations de l'offre de soin en France sur les dernières décennies, en fonction des besoins réels et prétendus (modélisation de la part de l'Etat) de la population.

4.1 Phase restrictive de l'offre de soin

4.1.1 Notion de « demande induite par l'offre »

Si aujourd'hui, il y a un constat évident de manque de médecins en France, il n'en fut pas toujours ainsi. Au début des années 1970, la France sort d'une période de baby-boom, entrainant une augmentation du nombre d'individus formés à la médecine. Ainsi, de 1972 à 1994, le nombre de médecins en cabinet a augmenté de 113 %, augmentation supérieure à la croissance de la population.[19] Parallèlement à ce phénomène, les patients ont la chance depuis quelques années d'être mieux protégés

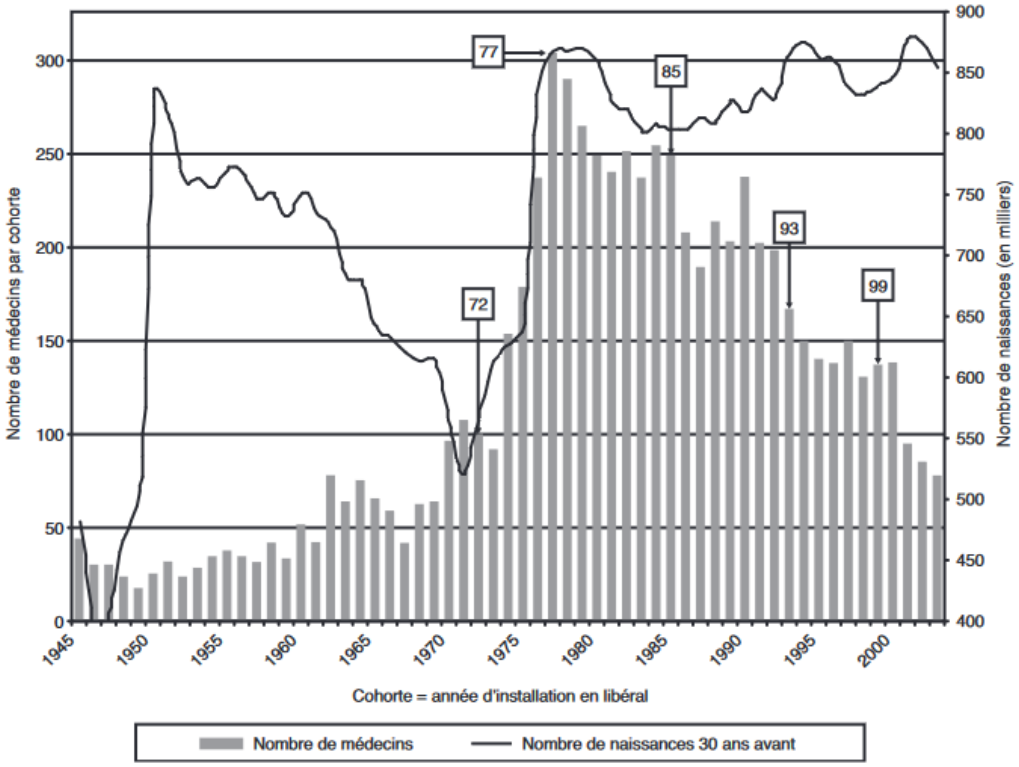
sur le plan financier pour leurs dépenses de santé depuis la réforme et l'élargissement du conventionnement et la généralisation de l'assurance maladie et de la couverture complémentaire de 1960. Ainsi, en 1960, 75 % de la population est couverte par la Sécurité Sociale, contre 96 % en 1970 et 99 % depuis 1980. Concernant la couverture complémentaire, plus de 50 % de la population en était dépourvue jusqu'en 1970, alors qu'elle était d'un tiers en 1980 et de 16 % en 1992.[20]

Emerge alors dans ce contexte au sein de la classe politique la théorie de la « demande induite par l'offre » : les médecins seraient, en utilisant le différentiel d'informations qu'ils possèdent face au patient désormais protégé financièrement, à l'origine d'une augmentation des dépenses de santé devant des patients peu sensibilisés aux coûts relatifs à cette santé. Ils seraient donc responsables d'une surconsommation de soins par le patient.[19,21] Il en résulte l'idée simple qu'imposer une restriction de l'offre de soins devrait limiter l'augmentation des dépenses d'AMO, sans impacter notablement l'état de santé de la population.

A partir de cette hypothèse, une série de mesures visant à restreindre le nombre de médecins voit le jour en France, à partir des années 1970.

4.1.1.1 Apparition du numerus clausus

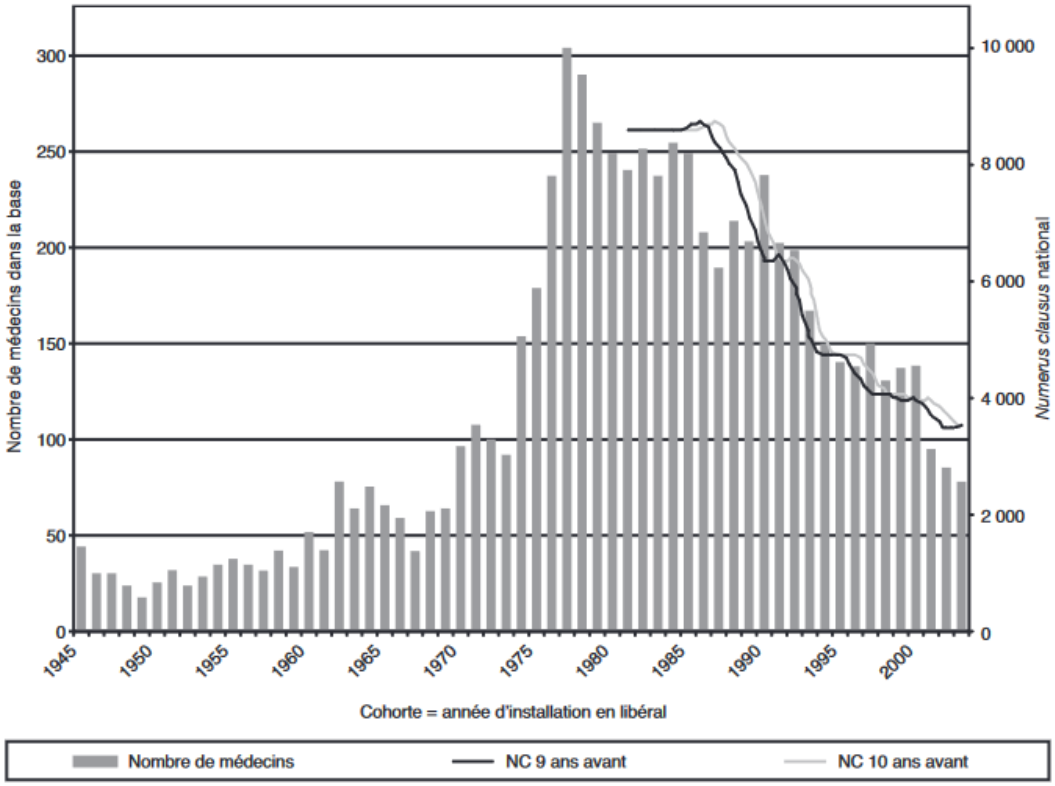
Au début des années 1970, la France sort d'une période de baby-boom. Le nombre de médecins libéraux nouvellement installés augmente donc de manière conséquente (Figure 1).



Lecture : on entend par cohorte l'ensemble des médecins qui se sont installés une année donnée et qui sont observés dans l'échantillon (période 1983-2004). Cinq cohortes (1972, 1977, 1985, 1993, 1999) sont distinguées au moyen d'étiquettes : il s'agit de cohortes analysées en détail tout au long de l'étude.
Champ : médecins installés entre 1945 et 2004 présents au moins une fois dans la base entre 1983 et 2004 (soit 7 216 au total).
Source : panel d'omnipraticiens libéraux du Système National Inter Régimes (SNIR,CNAMTS), 1983-2004.

Figure 1. Comparaison du nombre d'installations de médecins au nombre de naissances 30 ans auparavant, d'après [22]

Cependant, en 1971, en vue de restreindre ce nombre de médecins, le *numerus clausus* est instauré, ne laissant alors que 15 à 25% des étudiants de première année passer en seconde année. Ce *numerus clausus* est initialement fixé à 8 588 places (par an et au niveau national) et reste stable pendant plusieurs années. Mais, à partir de 1978, son nombre ne va cesser de décroître, jusqu'à atteindre son chiffre le plus bas en 1993 avec 3 500 places accordées pour le passage en seconde année (Figure 2). Compte tenu de la longueur des études médicales, la conséquence de cette décision ne commencera à se faire ressentir qu'à la fin des années 1980.[22] Petit à petit, l'abaissement du *numerus clausus* réduit le nombre d'étudiants admis en médecine, et donc de futurs médecins.



Lecture : le nombre de médecins installés entre 1980 et 1988-1989 est influencé par la valeur du numerus clausus *neuf ans auparavant (cf. encadré 1). Pour les médecins installés entre 1989 et 2000, les études de médecine ont duré un an de plus ; leurs effectifs sont à comparer au* numerus clausus *10 ans auparavant. La durée des études des médecins installés entre 2001 et 2004 puis après 2005 est augmentée d'un semestre puis d'une année ; les effectifs de ces cohortes seraient comparables à la valeur du numerus clausus 11 ans auparavant (non représentée sur le graphique).*
Champ : médecins du secteur 1, installés entre 1945 et 2004 et présents au moins une fois dans la base entre 1983 et 2004 (soit 7 216 au total).
Source : Panel d'omnipraticiens libéraux du SNIR (CNAMTS), 1983-2004.

Figure 2. Comparaison du nombre d'installations de médecins, et du numerus clausus 9 ou 10 ans avant la date d'installation, d'après [22]

4.1.1.2 Allongement des études

Au début des années 1970, 7 ans sont nécessaires pour devenir médecin généraliste. Cette durée va progressivement s'allonger. Dans un premier temps, l'instauration du *numerus clausus* favorise les redoublements et participe donc à rallonger la durée des études médicales.

Par la suite, en 1984, une réforme est mise en place, pour faire une distinction entre résidanat (pour devenir médecin généraliste) et internat (pour une spécialité autre). En 1988, il faut alors au minimum 8 ans d'études pour devenir généraliste. En 2001, la durée d'étude est allongée à 9 ans, avec 3 ans de résidanat.[22]

En 2004, les ECN (Examen Classant National) sont instaurés, faisant de la médecine générale une spécialité comme une autre, mais le nombre d'années d'étude n'est cependant pas modifié. On ne parle désormais plus de résidanat, mais d'internat pour les étudiants en médecine générale.

En 2023, une nouvelle réforme allonge de nouveau le temps d'étude, avec un internat allongé à 4 ans, ce qui amène la durée totale des études à 10 ans minimum pour espérer devenir médecin.

La durée des études médicales a donc augmenté d'au moins 40 % en un demi-siècle, retardant ainsi l'installation de nouveaux médecins généralistes libéraux. Cependant, comme les années d'internat sont de réelles années de travail à temps plein et ouvrent les droits à la retraite, l'âge de départ en retraite n'est pas repoussé, et chaque année supplémentaire d'études revient donc à diminuer d'autant le nombre d'années d'exercice en tant que médecin libéral. Le rallongement des études est donc équivalent à une diminution du nombre de médecins formés, du point de vue du nombre de médecins disponibles à un instant donné.

4.1.1.3 Mise en place d'un dispositif d'incitation à la retraite anticipée

Parallèlement aux deux précédentes réformes, un dispositif transitoire d'incitation à la retraite anticipée (ou MICA = Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) des médecins généralistes est mis en place entre 1988 et 2003. Un quart des médecins âgés de 57 à 65 ans ont alors eu accès à ce dispositif.[22] Il s'ensuit donc une diminution du nombre de médecins généralistes installés.

4.1.2 Mobilité géographique forcée avec l'accès au troisième cycle

Des facteurs supplémentaires pourraient indirectement diminuer l'offre de soins. Nous décrirons ci-dessous le cas particulier de l'accès au troisième cycle. Une de nos hypothèses de travail (elle sera donc investiguée par la suite) est qu'une mobilité géographique forcée pourrait diminuer l'offre de soins. Dans cette partie, nous décrirons simplement les modalités de cette mobilité.

Avant l'apparition des ECN en 2004, les médecins généralistes effectuaient donc trois ans de résidanat accessible sans concours, contrairement aux internes de spécialité, qui passaient le concours de l'internat, et effectuaient donc après leurs années d'internat. Les médecins généralistes pouvaient donc être perçus comme « ceux qui avaient raté le concours de l'internat ». Avec la mise en place de ces ECN, et donc d'un concours commun pour accéder à toutes les spécialités de médecine, la médecine générale est donc placée au rang de spécialité à part entière, comme toutes les autres. Son statut est donc revalorisé. Les ECN ont ensuite été remplacés par les EDN qui suivent le même principe.

Cependant, cette réforme amène les étudiants en médecine générale à passer de nouveau un concours, en plus du concours d'entrée en médecine. Ce concours se déroule en une série d'épreuves écrites à la suite de laquelle les étudiants obtiennent un classement commun et doivent, en fonction de celui-ci, choisir une spécialité et une ville d'internat. Ce concours rajoute donc de l'anxiété et un sentiment de compétition à des études déjà longues et difficiles. De plus, le choix de spécialité et de la ville d'internat étant corrélés au classement obtenu, les étudiants souhaitant faire de la médecine générale mais n'ayant pas le classement pour, ne peuvent pas pratiquer la spécialité souhaitée. Au contraire, les étudiants n'obtenant pas la spécialité souhaitée, peuvent choisir la médecine générale par défaut (mais ce qui était déjà le cas

précédemment en cas d'échec au concours de l'internat). Ce concours revalorise donc le statut de la médecine générale mais en complexifie l'accès.

De plus, ce concours ne prend en compte qu'une série d'épreuves écrites et non le parcours de l'étudiant dans sa globalité, notamment ses capacités lors des stages.

4.1.3 Synthèse

L'instauration du numerus clausus, l'allongement du nombre d'années d'étude et la mise en place d'un dispositif d'incitation à la retraite anticipée ont donc participé, à la fin du XX^{e} siècle, à réduire drastiquement le nombre de médecins généralistes libéraux. De plus, le numerus clausus, l'allongement du nombre d'années d'études et l'apparition d'un concours d'accès au 3ème cycle participent à une complexification de l'accès aux études de médecine générale, entrainant une baisse d'attractivité pour cette spécialité.

4.2 Phase d'ouverture

4.2.1 Un besoin d'accès aux soins croissant

Contrairement à ce que la théorie de « la demande induite par l'offre » prévoyait, la demande d'accès aux soins de la population ne s'est pas amoindrie avec les différentes mesures restrictives mises en place, mais a eu tendance à s'accentuer.

En effet, la population s'est accrue et a vieilli : en 1991, la France comptait 58 280 100 individus, dont 19 % avaient 60 ans ou plus. En 2024, la France comptait 68 373 433 habitants, dont 27.7% avaient 60 ans ou plus.[23,24] Le nombre brut de personnes de plus de 60 ans a donc augmenté de 51% sur cette période.

L'amélioration des conditions de vie et d'hygiène et les avancées scientifiques ont permis l'instauration de davantage de techniques de soins et de dépistage, ce qui a permis un recul de la mortalité et une augmentation de l'espérance de vie. En effet, un homme né en 1980 a une espérance de vie est de 70 ans, alors que pour les femmes elle est d'environ 79 ans. En 2023, elle est de 80 ans pour les hommes et 85.7 ans pour les femmes.[25] Mais une augmentation de cette espérance de vie nécessite une présence médicale renforcée, car elle augmente inévitablement le nombre de personnes vivantes porteuses d'une pathologie chronique et d'une polymédication.

De plus, avec le temps, de nouvelles demandes médicales ont émergé : contraception, IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), médecine esthétique, médecine de la douleur, médecine de prévention… étant à l'origine d'un recours croissant aux soins et d'une dilution de l'offre de soins.

Ces nouveaux besoins et ces modifications démographiques de la population ont poussé les politiques à faire machine arrière et essayer de rouvrir l'offre de soins à la population.

4.2.2 Solutions pour augmenter l'offre de soins

4.2.2.1 Solutions mises en place

Après ce constat d'un manque croissant de médecins généralistes, les politiques vont tenter d'augmenter l'offre de soins en travaillant sur trois grands axes : augmenter le nombre brut de médecins, travailler leur motivation, et enfin essayer de leur faire gagner du temps afin qu'ils puissent recevoir davantage de patients.

4.2.2.1.1 Augmenter le nombre de médecins et travailler leurs motivations

Pour tenter d'augmenter l'offre de soins, les politiques ont commencé par accroitre progressivement le *numerus clausus*, afin qu'il atteigne, en 2020, le nombre de 8 832 places ouvertes aux étudiants entamant leur PACES pour leur passage en seconde année.[26] En 2020, une suppression du numerus clausus et de la PACES est décidée, pour laisser la place, à partir de la rentrée 2021, au *numerus apertus*, dont le chiffre n'est plus fixé par le ministère de la santé, mais déterminé chaque année par l'ARS et le doyen de la faculté de la région en fonction des besoins de santé de la région et de la capacité d'accueil des facultés. Les étudiants ne passent donc plus le fameux concours d'entrée en médecine (ce qui était une de leur revendication) mais peuvent désormais accéder aux études par deux voies d'entrée : la PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) avec une mineure dans une discipline autre que la santé et la LAS (Licence Accès Santé) avec une mineure en santé. Ce nouveau *numerus apertus* ouvrirait en théorie 13 000 places supplémentaires en médecine entre 2021 et 2025.[27]

Dans cette même réforme, le concours des ECN fut repensé, pour devenir, à partir de la rentrée scolaire 2023-2024, les EDN (Epreuves dématérialisées nationales). Au contraire des ECN qui se déroulent avec une série d'épreuves écrites et qui mettent en place un classement unique pour les étudiants, les EDN ont pour objectif de se montrer plus globaux et de prendre en charge le parcours des étudiants dans leur entièreté : les épreuves écrites représentent 60 % de la note finale, tandis que 30 % de la note se fait sur des épreuves orales (les ECOS = Examens Cliniques Objectifs et Structurés), et 10 % se fait sur le parcours de l'étudiant (stage, cursus, master, niveau en anglais…). Le programme est donc revu en trois catégories de rang : le rang A (connaissances utiles à tout médecin), le rang B (connaissances plus spécialisées utiles à l'interne) et le rang C (connaissances de sur spécialité ne figurant pas dans les attendus des EDN mais qui seront évaluées au cours de l'internat).[28] Les épreuves écrites portent sur les rangs A et B, entrainant donc un allègement de 20 % du programme total.[29] Les étudiants ne sont pas classés au sein d'un unique classement à l'issue de l'ensemble des épreuves, mais au sein de 13 classements, par groupes de spécialités. Cette réforme a pour but de prendre en compte la globalité de l'étudiant, son implication en stage, son implication dans ses études, afin de lui remettre une note plus représentative de son travail, lui permettant de choisir sa spécialité. Le classement par groupes de spécialités permet de mieux prendre en compte chacune des matières pour les spécialités concernées, et de ne donner accès à la spécialité qu'en cas de bonne note dans la matière concernée (les ECN précédents ne donnaient qu'une note globale, qu'importe la matière questionnée, pour accéder à l'ensemble des spécialités). Cette réforme a donc pour but de redonner du sens au concours de l'internat de médecine, et de prendre en compte la globalité du niveau de l'étudiant.

Les études médicales ont de plus été modifiées par l'ajout d'une année supplémentaire à l'internat de médecine générale, pour les étudiants démarrant leur internat à partir de la rentrée 2023. Durant cette année, les internes pratiqueront deux stages chez le médecin généraliste, en ambulatoire, avec une rémunération fixe et une partie de rémunération en rétrocession sur le paiement à l'acte (20 % par acte réalisé). Pourra s'ajouter une indemnité de 400 euros en cas de pratique dans une zone sous-dense. Cette année supplémentaire a pour but de favoriser l'installation en libéral des étudiants à la suite des leurs études, via la rémunération partielle à l'acte, et les inciter notamment à pratiquer en zone sous dense. Cette année est vue par le gouvernement

comme une occasion d'améliorer la qualité de la formation des futurs médecins généralistes.[30,31]

Mais remotiver les professionnels de santé passe aussi évidemment par une revalorisation financière. Concernant les internes en médecine, leur salaire brut a, en effet, depuis l'arrêté du 8 juillet 2022, été revalorisé de 3,5 % : la rémunération annuelle brute d'un interne en médecine de première année est donc passée par exemple de 18 473 euros à 19 119,55 euros.[32] Leurs gardes ont aussi été majorées de 50 % depuis l'arrêté du 30 août 2022, augmentation pérennisée en 2023 (une garde de nuit de semaine est donc passée de 156,53 euros à 234,80 euros brut par exemple).[33] Leur travail s'en est donc trouvé d'avantage valorisé. Concernant les médecins généralistes, le tarif de leur consultation fut lui aussi augmenté : après être passée de 23 à 25 euros en mai 2017, elle a de nouveau été majorée en novembre 2023 pour atteindre 26,50 euros.[34] Cette augmentation salariale avait pour but de revaloriser le travail effectué par les médecins généralistes.

La motivation financière est aussi utilisée pour tenter d'inciter les praticiens à pratiquer en zone sous-dense. Bien qu'à ce jour la liberté d'installation des nouveaux médecins généralistes libéraux soit totale, l'Etat a mis en place une aide incitative financière pour amener les médecins à s'installer en zone de désert médical. Cette aide peut monter jusque 50 000 euros pour une activité de 4 jours par semaine, et est dégressive en fonction du nombre de jours travaillés dans la semaine (à titre d'exemple : 31 250 euros pour 2,5 jours par semaine). L'aide n'est accordée que pour un travail minimal de 2,5 jours par semaine. Le médecin doit alors s'installer au moins cinq ans et participer au système de la permanence des soins.[35]

Enfin, l'Etat a souhaité favoriser l'installation en maison de santé pluriprofessionnelle plutôt qu'en cabinet individuel. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge pluriprofessionnelle des patients au sein d'un même établissement, et favoriser la productivité des médecins en améliorant les conditions de travail et un exercice de soins coordonnés.[36] En mars 2023, la France comptait 2 251 maisons de santé avec un objectif à atteindre de 4 000 établissements d'ici 2027.[36,37]

4.2.2.1.2 Faire gagner du temps aux médecins

Mais les politiques tentent aussi d'alléger le travail des praticiens en place en leur dégageant des créneaux disponibles, ce qui leur permettrait de voir davantage de patients. Pour cela, la France fait notamment appel de plus en plus à des médecins étrangers, permettant de soulager la charge de travail imposée aux médecins français. Aujourd'hui, ils représentent environ 12,5 % des médecins généralistes.[38]

L'Etat a aussi mis en place une aide financière pour inciter les praticiens à employer des assistants médicaux, leur permettant de déléguer certaines tâches (prise de constantes…) et ainsi de pouvoir voir plus de patients. Cette aide peut se situer entre 18 000 et 36 000 euros la première année, et entre 10 500 et 21 000 euros à partir de la 3^{e} année. Elle n'est accordée que pour les médecins qui ont plus de 775 patients dans leur patientèle médecin traitant, et est soumise à la condition que les praticiens reçoivent davantage de patients grâce au temps qui leur est libéré. A titre d'exemple : un médecin dont la file active (= nombre de patients différents vus au cours des douze derniers mois) est de 1 000 patients devra voir 530 nouveaux patients dans sa file active pour l'emploi d'un assistant médical en mi-temps, et 686 pour un temps plein. Pour un praticien ayant une patientèle initiale de 1 000 patients, il devra prendre 195 nouveaux patients avec un assistant médical en mi-temps, et 305 si l'assistant est

employé à temps plein. Aucune augmentation de patientèle n'est exigée à partir d'une file active initiale de 3 206 patients ou d'une patientèle de 3 022 patients.[39]

Enfin, les politiques ont mis en place, via la loi RIST du 19 mai 2023, un accès simplifié à plusieurs professions paramédicales dans le but de faciliter l'accès aux soins de patients et de libérer du temps médical pour les médecins généralistes libéraux. Les patients peuvent désormais accéder directement, sans passer par leur médecin traitant, aux IPA (Infirmier de Pratique Avancée), aux kinésithérapeutes (mais avec une limite maximale de 8 séances) et aux orthophonistes. Le texte élargit également les compétences des paramédicaux en permettant par exemple certaines primo prescriptions aux IPA, ou de permettre aux pharmaciens de renouveler pour trois mois des traitements chroniques et aux pharmaciens biologistes de pratiquer des frottis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.[40]

4.2.2.2 Solutions envisagées (mais non mises en place pour l'instant)

D'autres solutions ont été envisagées par l'Etat mais n'ont pour l'instant pas vu le jour. Une restriction des libertés d'installation pour les médecins généralistes libéraux fut envisagée afin de mieux répartir l'offre de soin sur le territoire. Cependant, une partie importante de la France étant en désert médical, cette solution ne permettrait pas de résoudre la problématique globale de l'accès aux soins.

Un retour des gardes obligatoires fut évoqué. En effet, les gardes des médecins généralistes n'étaient plus obligatoires depuis 2002, et les réinstaurer fut envisagée comme une solution pour renforcer l'offre de soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Cependant, 95 % des plages horaires des gardes étant tenues, cette mesure n'aurait donc à priori qu'une incidence mineure sur l'offre de soins.[41]

Une augmentation de la consultation classique en médecine générale à 30 euros est envisagée pour la fin 2024.

Enfin, une orientation vers un système de paiement par capitation fut évoqué par le Président de la République, en vue d'éviter les potentiels « actes inutiles ».[42]

5 Une offre de soins toujours insuffisante

5.1 Un nombre de médecins installés insuffisant

Malgré toutes les mesures mises en place par les gouvernements successifs, la difficulté d'accès aux soins demeure toujours très présente. L'accroissement des déserts médicaux semble prendre beaucoup de place dans les débats politiques actuels.

Ces déserts médicaux se traduisent par un faible nombre de médecins pour 100 000 habitants. Ils comportent une dimension spatiale qui se traduit par un éloignement géographique obligeant les patients à parcourir de longues distances pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux, et temporelle, avec un accroissement des délais d'attente.[43] On définit comme un désert médical une commune sous-dense en médecins généralistes, où les patients ont accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant.[44] Précisons que cette carence de médecins concerne également les spécialistes : à titre d'exemple, aujourd'hui en France, il faut une vingtaine de jours pour pouvoir consulter un pédiatre ou un radiologue, une quarantaine de jours pour un gynécologue, et même 80 jours pour un ophtalmologue.[45]

Cet accroissement des déserts s'explique entre autres par une diminution du nombre de médecins généralistes, et notamment de généralistes libéraux installés. En effet, entre 2012 et 2022, le nombre total de médecins généralistes a diminué de 1,5 %, la catégorie des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant affiché la baisse la plus importante (- 11 %) (Figure 3).[46] Ce constat est dû d'une part à une décorrélation entre le nombre d'étudiants admis en médecine et le nombre de médecins formés, et d'autre part à une décorrélation entre le nombre de médecins formés et le nombre de médecins installés.

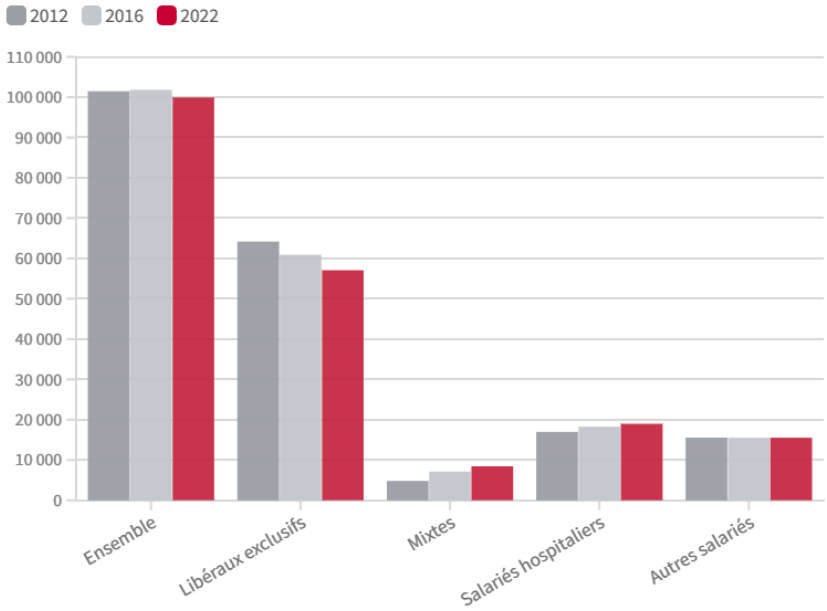


Figure 3. Evolution du nombre de médecins généralistes en France entre 2012 et 2022 d'après [46]

5.2 Décorrélation entre les admissions en médecine et le nombre de médecins formés

Malgré la volonté d'ouvrir le *numerus apertus*, il existe une décorrélation entre le nombre de médecins admis en étude et le nombre de médecins finaux formés, se répercutant sur l'offre de soins. En effet, la fixation du *numerus clausus*, puis du *numerus apertus*, se fait sur les besoins en soins de la région concernée et la capacité d'accueil des facultés. Or, malgré l'envie d'étendre ces numerus, les facultés se trouvent au maximal de leur capacité d'accueil et ne peuvent suivre l'augmentation du nombre de places souhaitée. Il en est de même pour les terrains de stage hospitaliers, servant à former les futurs professionnels de santé.[27] De plus, ces chiffres se basent sur les carences en soin actuelles, mais ne prennent pas en compte le taux d'abandon des études en cours de route. On estime en effet qu'environ 10 % des étudiants en médecine abandonnent leurs études avant de les avoir terminées.[47,48] Pour les médecins généralistes terminant leurs études, tous ne s'orientent pas vers une installation en cabinet libéral.

5.3 Décorrélation entre le nombre de médecins formés et le nombre de médecins généralistes installés

La diminution du nombre de médecins généralistes libéraux s'explique aussi par une augmentation du nombre de médecins généralistes à activité hospitalière ou mixte,

l'activité libérale ayant une attraction moindre avec le temps (augmentation des médecins généralistes hospitaliers de 12 % entre 2012 et 2022 et quasi doublement des médecins généralistes mixtes sur la même période) (Figure 3).[46]

Cette tendance à la diminution de l'activité de la médecine générale libérale est accentuée par l'augmentation des départs en retraite des médecins déjà installés. En effet, plus d'un tiers des médecins généralistes ont plus de 60 ans, et les départs à la retraite s'accentuent d'année en année. Le nombre de cessations d'activité a ainsi fait un bon de 40 % en dix ans. L'augmentation du *numerus apertus* a vocation à combler ces manques mais, malheureusement, avec l'allongement de la durée des études, ses effets ne se feront pas ressentir avant une dizaine d'années. Ce faible nombre de médecins est donc l'une des explications à la restriction de l'offre de soins actuelle.

5.4 Décorrélation entre le nombre de médecins installés et l'offre de soins

5.4.1 Temps de travail

L'offre de soins proposée par les médecins généralistes libéraux est aussi limitée par une modification du temps de travail des praticiens, comme indiqué vu plus haut. Ce volume horaire, bien qu'il se réduise, reste important. Cependant, l'augmentation du nombre d'années d'études concomitante à une réduction du volume horaire des médecins généralistes font que les médecins travailleront désormais en cabinet moins longtemps sur l'ensemble de leur carrière. L'offre de soins s'en trouve ainsi réduite.

De plus, si la création des maisons de santé avait pour objectif d'augmenter l'offre de soins, on s'aperçoit en réalité que si les médecins travaillant en groupe (monodisciplinaire/pluriprofessionnel) déclarent un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, une récente étude de la DREES montre qu'en 2019, les médecins généralistes exerçant en groupe pluriprofessionnel (donc en maison de santé) travaillaient en moyenne trois heures de plus par semaine que leurs confrères en groupe monodisciplinaire mais deux heures de moins que ceux exerçant seuls. Les praticiens exerçant en groupe (monodisciplinaire/pluriprofessionnel) prennent significativement plus de congés que les praticiens travaillant seuls : en moyenne une semaine supplémentaire pour ceux travaillant en groupe monodisciplinaire, et 0,7 semaine supplémentaire pour ceux en maison de santé. Ces écarts semblent être liés à la facilité de gestion des absences des médecins au cours de l'année grâce à la prise en charge des patients par les confrères et consœurs et par la mutualisation des remplaçants.[49] Si ces données n'analysent en aucun cas la qualité des soins reçue par les patients en maison de santé ou l'amélioration des conditions de travail perçue pour ce mode de pratique par les médecins, elle témoigne cependant d'un échec de cette réforme pour augmenter l'offre de soins primaires pour les patients.

5.4.2 Aspects motivationnels

Si l'on observe une diminution du temps de travail chez les médecins généralistes, on peut aussi observer que les différentes réformes mises en place dans le domaine de la santé peuvent avoir un impact finalement négatif sur la motivation des praticiens, pouvant déboucher sur une diminution de leur productivité.

5.4.2.1 Motivation durant les études

Les différentes réformes sur les études médicales mêmes entrainent une baisse d'attractivité pour la médecine. D'une part, l'allongement de la durée des études médicales participe à la démotivation des étudiants pour la médecine de manière générale, et particulièrement pour la médecine générale (qui avait jusque-là la durée d'internat la plus faible de 3 ans, réel atout d'attractivité pour les étudiants). Cette année supplémentaire rajoute en effet 2 stages ambulatoires aux étudiants qui en ont déjà deux durant leur formation, et les prive d'une rémunération totale par paiement à l'acte. De plus, durant cette année, les étudiants se trouvent obligés de participer à la permanence de soins, qui n'est pourtant pas obligatoire pour les médecins généralistes eux-mêmes. Cette réforme donne l'impression aux étudiants en médecine d'être présents uniquement pour combler les manquements du système à moindre coût, et retarde de plus leur possibilité d'installation. Les étudiants s'inquiètent, de plus, de la possibilité d'accéder à davantage de maîtres de stage, sans quoi la qualité formatrice de ces stages serait limitée. Enfin, cette réforme implique de passer désormais sa thèse en 3 ans, alors que les internes avaient jusque-là jusque 3 ans après la fin de leur internat (donc 6 ans en tout) pour la soutenir. Tous ces changements induits par la mise en place de cette quatrième année d'internat participent à une baisse d'attractivité de la spécialité, qui pourrait se répercuter sur l'offre de soin premier future.[30,31]

D'autre part, la réforme des ECN (devenant donc les EDN), aurait plus tendance à inciter au redoublement, et donc à augmenter la durée des études médicales. Cet effet pourrait jouer sur le moral des étudiants. En effet, les épreuves des ECN se faisant de base à la fin de la 6^{e} année d'études de médecine, elles laissaient donc trois ans d'externat aux étudiants pour pouvoir assimiler l'ensemble du programme de ces années. Désormais, avec les EDN, les épreuves écrites ont lieu en octobre de la rentrée universitaire de leur 6^{e} année, soit huit mois plus tôt. Même si le programme est allégé de 20 %, le temps donné pour assimiler son ensemble est extrêmement court.[29] Ces épreuves écrites nécessitent en outre, d'obtenir une note minimale de 14/20 (soit 70 %) des connaissances de rang A.[28] Or, les connaissances de rang A représentent à elles seules 70 % du programme. Les étudiants doivent donc apprendre mieux, et beaucoup plus vite. Tout cela augmente l'anxiété des étudiants qui ne se sentiraient pas au niveau pour débuter leur internat. En effet, même si les premiers EDN ne sont pas encore finalisés à ce jour, environ un quart à un tiers des étudiants souhaiterait redoubler pour améliorer leurs connaissances avant le début de l'internat, voire espérer obtenir un meilleur classement.[50] Cette réforme aurait donc un impact motivationnel sur les étudiants, en plus de retarder l'installation de nouveaux médecins.

5.4.2.2 Motivation après les études

Malgré l'augmentation du tarif des consultations des médecins généralistes, celui-ci reste bien inférieur celui de certains homologues européens (environ 76 euros la consultation en Allemagne). Bien que ces augmentations aient le mérite d'exister, elles sont loin d'être satisfaisantes pour les différents syndicats, qui réclamaient notamment un prix de consultation à 50 euros.[51] Ces revalorisations pourraient donc apparaître comme dégradantes par le corps médical qui se sentirait insatisfait par rapport aux augmentation demandées.

La proposition de financement d'assistants médicaux par l'Etat présente quant à elle des conditions qui semblent difficilement atteignables. Ces aides sont en effet

attribuées sous couvert d'augmentation de la patientèle prise en charge par les médecins généralistes, alors que ces derniers sont déjà surchargés de travail. En effet en 2022, dans les Hauts de France, les médecins généralistes (hors médecins généralistes à expertise particulière) avaient en moyenne 1 615 patients/médecin. A l'échelle de la France entière, la moyenne est de 1 623 patients/médecin.[52] Les augmentations exigées avec la mise en place de ces aides paraissent difficilement atteignables malgré l'aide de l'assistant médical (si file active de 1623 patients : + 437 patients exigés ; si patientèle de 1623 patients : + 216 patients en patientèle, ceci pour un équivalent temps plein d'assistant médical). Cette aide met en réalité une pression supplémentaire sur les médecins généralistes libéraux pour les inciter à prendre davantage de patients, être plus productifs, alors que ceux-ci ont déjà une quantité importante de travail. L'allègement proposé par l'aide des assistants médicaux ne compenserait donc pas la surcharge de travail induite par l'augmentation du nombre de patients.

Enfin, l'accès direct aux IPA, aux kinésithérapeutes… a eu un accueil mitigé parmi les médecins généralistes, participant à un éclatement du soin (ex : vaccins faits par les pharmaciens mais non reportés dans le dossier médical du patient avec des patients, ces derniers non mis au courant du schéma vaccinal suivant, donc pas de prise en charge globale) avec un médecin généraliste qui ne semble plus être mis au centre du processus de soin et de sa coordination, tout ceci participant à une perte de sens de la profession. Cette nouvelle réforme pourrait jouer un rôle dans la perte d'attractivité de la médecine libérale.

Au final, les solutions instaurées par l'Etat ne réussissent pour l'instant pas à contrecarrer les nombreuses restrictions mises en place à la fin du XXe siècle. Certaines d'entre elles semblent avoir un effet plutôt antagoniste, en participant à baisser l'attractivité envers la médecine générale libérale, voire envers la médecine générale globale. Cette baisse d'attractivité peut entrainer une démotivation des étudiants et des praticiens, ce qui peut engendrer une baisse de productivité. Il est donc intéressant d'aller demander aux médecins généralistes leur avis sur les facteurs susceptibles d'influencer leur productivité.

6 Objectif

L'introduction précédente a permis de recontextualiser les origines de la démographie médicale actuelle et de mettre en avant les différentes tentatives du corps politique pour tenter de pallier le déficit de l'offre de soin actuelle. L'Etat tente de mettre en place tout un panel de mesures afin de compenser les restrictions mises en place dans le passé, mais nous pensons que l'ensemble des décisions prises pourrait avoir un effet contreproductif en altérant la décision de productivité des médecins généralistes.

L'objectif stratégique de ce travail est de montrer l'impact des décisions publiques passées ou futures sur le volume d'offre de soin obtenu, à effectif constant. Afin de contribuer à cet objectif, l'objectif opérationnel de ce travail est d'identifier les facteurs influençant les souhaits de productivité des médecins du Nord. Nous définissons la productivité par le nombre d'actes effectués par semaine.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

L'étude menée à bien ici est une étude mixte en deux étapes : qualitative puis quantitative. Ce design est particulièrement adapté dans les situations où les éléments bibliographiques ne sont pas suffisants pour bâtir l'étude quantitative.

2 Phase qualitative

2.1 Design de l'étude

La première phase, qualitative, eu pour objectif principal de lister les facteurs potentiellement susceptibles d'influencer le désir d'activité des médecins généralistes libéraux, en termes de nombre d'actes par semaine. Cette phase ne visa pas à valider ces critères, mais seulement à les lister, sans exclure à cette étape d'aboutir à des conclusions contradictoires.

Elle s'organisa autour d'entretiens semi-dirigés, en présentiel, après recueil du consentement des médecins interrogés. Les participants furent informés de leur droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données les concernant. Un guide d'entretien fut conçu avec des questions ouvertes, et fut progressivement adapté en fonction des nouvelles données accueillies lors des entretiens. Ces entretiens furent retranscrits en direct à l'aide d'un traitement de texte, avec une anonymisation du participant (nom, prénom, lieu d'exercice…) mais conservation de données démographiques (âge, sexe…) et la description de leur type de pratique.

La finalité de cette première partie consista, en s'aidant de la bibliographie, à construire le questionnaire quantitatif utile pour la seconde phase.

2.2 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les médecins recrutés furent des médecins généralistes du Nord, remplaçants ou installés, avec au moins une activité libérale. Ils le furent en « recherche de variation maximale », c'est-à-dire seulement s'ils possédaient des profils suffisamment différents des médecins précédemment interrogés.

Les critères de non-inclusion correspondaient aux personnes ne remplissant pas les critères d'inclusion.

2.3 Recrutement

Les médecins recrutés furent sollicités par mail, après recommandation soit par le directeur de thèse, soit par un autre médecin déjà interrogé.

3 Phase quantitative

3.1 Design de l'étude

La seconde phase, quantitative, eu pour objectif principal, en partant d'une liste finie de facteurs potentiellement influents, de quantifier l'effet (très négatif, légèrement négatif, neutre, légèrement positif, très positif) de chaque facteur sur le désir d'activité des médecins généralistes, en termes de nombre d'actes par semaine. La liste des facteurs fut issue de la première phase de l'étude.

Un questionnaire papier tenant sur une page recto verso et imprimée en couleur fut envoyée par voie postale avec une enveloppe retour pré-libellée et préaffranchie, accompagnée d'une lettre de présentation comportant le logo du CDOM du Nord (disponibles en Annexe 1 : Questionnaire papier et lettre d'accompagnement). Le questionnaire comprenait deux parties : la première recueillait les éléments relatifs au profil du médecin et sa quantification auto-déclarée de son activité. La seconde partie explorait chacun des facteurs mis en évidence lors de la première phase de l'étude et dans la bibliographie. A l'aide d'une échelle de Lickert, nous cherchions à savoir si le facteur énoncé avait, selon le participant, tendance à inciter le médecin à diminuer ou augmenter son activité, ou bien si ce dernier n'avait pas d'influence. Les cinq réponses possibles étaient (avec la note correspondante) :

- Incite fortement à travailler moins (-2)
- Incite légèrement à travailler moins (-1)
- N'a pas d'impact (0)
- Incite légèrement à travailler plus (+1)
- Incite fortement à travailler plus (+2).

Les médecins auxquels le questionnaire fut envoyé ont par la suite été recontactés par voie téléphonique dans les semaines suivant l'envoi du questionnaire, afin de savoir s'ils avaient bien réceptionné le questionnaire et eu le temps d'y répondre. Dans le cas contraire, il leur fut proposé de le leur réadresser. Le questionnaire étant anonyme, les rappels téléphoniques furent systématiques, et certains médecins ayant déjà renvoyé le questionnaire furent rappelés.

3.2 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les médecins recrutés furent des médecins généralistes installés ou remplaçant avec au moins une activité libérale inscrits au CDOM du Nord depuis moins de dix ans (dernier participant fut inscrit au premier décembre 2023).

Les critères de non-inclusion correspondaient aux personnes ne remplissant pas les critères d'inclusion.

3.3 Recrutement

200 médecins correspondant aux critères d'inclusion furent tirés au sort à partir des listes d'inscrits au CDOM correspondant aux critères d'inclusion.

3.4 Analyse de données

Les réponses aux questionnaires furent par la suite saisies dans un tableur, puis analysées quantitativement. L'analyse statistique suivit les recommandations de la guideline Strobe. Elle prit en compte les non-réponses et les réponses non recevables.

Une analyse descriptive des données fut établie pour chaque variable.

Avec les différentes réponses obtenues quant au profil de chaque praticien, nous calculâmes un temps de travail moyen effectué par semaine en additionnant, pour chaque participant :

- Nombre d'heures faites par jour × (nombre de demi-journées travaillées par semaine/2)
- Nombre d'heures faites par jour × (nombre de demi-journées travaillées par week-end/2)
- 4 × (nombre de gardes par semestre/26).

Pour chaque facteur, nous calculâmes la moyenne des réponses comprises en -2 et +2, afin d'obtenir une moyenne elle-même comprise dans l'intervalle [-2 ; +2]. Afin de qualifier chaque item de « dissuasif », « neutre » ou « incitatif », nous exclûmes les réponses neutres (x=0), regroupâmes les réponses négatives (x=-2 ou -1) d'une part, et les réponses positives (x=+1 ou +2) d'autre part. Nous comparâmes la répartition entre nombre de réponses positives (n^+) et négatives (n^-) à une répartition aléatoire sous H_0 (respectivement $(n^+ + n^-)/2$ et $(n^+ + n^-)/2$) à l'aide d'un test du Khi² d'adéquation. Chaque item put ainsi être classé comme :

- « neutre » en cas de test non-significatif (p>5%)
- « dissuasif » en cas de test significatif (p<5%) avec une prédominance de réponses négatives ($n^+ < n^-$)
- « incitatif » en cas de test significatif (p<5%) avec une prédominance de réponses positives ($n^+ > n^-$).

3.5 Analyse statistique

3.5.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités furent exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives furent exprimées en moyenne et écart type (DS, déviation standard) si l'histogramme révélait une distribution d'allure symétrique, et médiane avec premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

3.5.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre deux variables quantitatives fut testée à l'aide du test de nullité du coefficient de corrélation de Pearson.

L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative fut testée à l'aide d'un test de Student ou d'une analyse de la variance ANOVA.

L'indépendance entre deux variables qualitatives fut testée à l'aide d'un test du Khi².

3.5.3 Significativité

Les tests statistiques furent bilatéraux. Les p valeurs furent considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance furent calculés à 95%.

4 Cadre réglementaire, financement

Cette étude releva des missions premières du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord, qui en fut le financeur et l'investigateur. Aucune autorisation supplémentaire ne fut de ce fait nécessaire.

En outre, l'étude fut entièrement anonyme, et le questionnaire ne comporta pas d'éléments indirectement nominatifs notables.

Résultats

1 Phase qualitative

Au total, dix médecins furent recrutés et inclus dans cette phase, nombre qui permit d'obtenir la saturation des concepts. Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques des médecins interrogés.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés lors de la phase qualitative

Sexe	Age (années)	Mode d'exercice
F	25-30	Remplacement
F	35-40	Cabinet libéral de groupe
H	40-45	Cabinet libéral de groupe
F	30-35	Cabinet libéral seul
H	45-50	Cabinet libéral de groupe
F	30-35	Cabinet libéral de groupe
H	30-35	Cabinet libéral seul
H	55-60	Cabinet libéral de groupe
F	25-30	Remplacement
H	25-30	Remplacement

Les résultats des entretiens firent l'objet d'une analyse qualitative. Ils furent synthétisés sur une carte heuristique à l'aide du logiciel Free Mind (Figure 4). Ces résultats ne seront pas commentés dans le texte, car ils servirent essentiellement à concevoir le questionnaire.

Le principal résultat de cette phase fut le questionnaire qui est présenté en Annexe 1 : Questionnaire papier et lettre d'accompagnement.

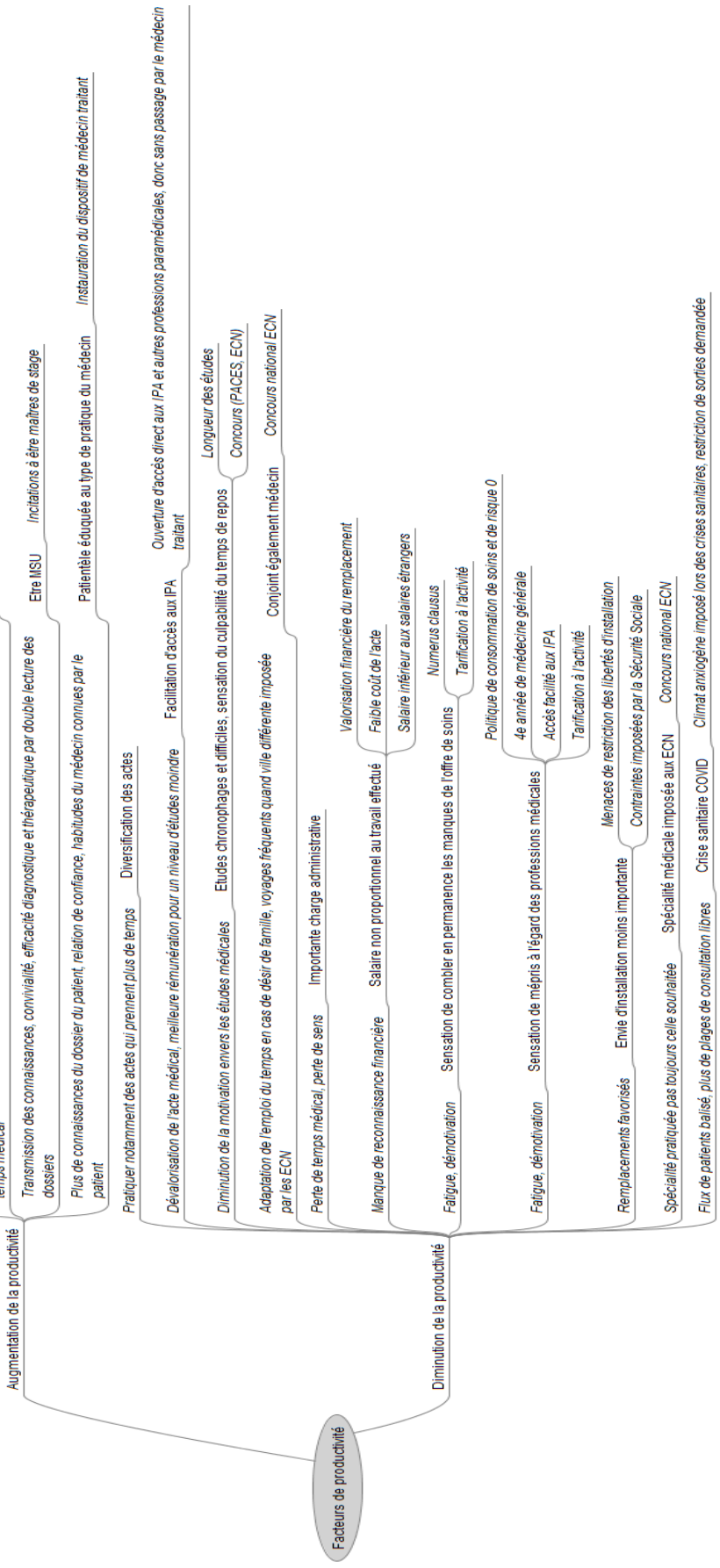


Figure 4. Carte heuristique des facteurs susceptibles d'influencer la productivité des médecins généralistes du Nord, établie à la suite de la phase qualitative

2 Phase quantitative

2.1 Flowchart

Deux cents médecins généralistes correspondant aux critères d'inclusion furent tirés au sort de façon aléatoire sur les fichiers fournis par le CDOM. La plupart les médecins furent rappelés au téléphone (134 rappels aléatoires soit 67%). Au cours de ces rappels, deux médecins furent finalement exclus, car ils ne rentraient plus dans les critères d'inclusion et n'avaient pas mis à jour leurs données personnelles auprès du CDOM :

- Un praticien travaillait exclusivement à l'hôpital
- Un praticien avait déménagé hors du Nord.

Au total, 118 questionnaires furent reçus et analysés (Figure 5), soit un taux de réponse de 118/198 soit 59,6%. Les réponses incomplètes ne furent pas exclues de l'étude.

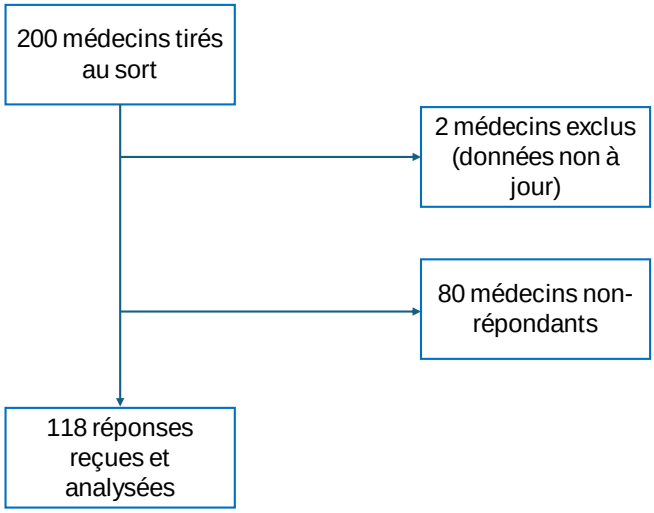


Figure 5. Flowchart de l'étude quantitative

2.2 Caractéristiques des participants (n=118)

Parmi les profils analysés, il y eu 70 (59,3%) femmes. L'âge moyen des participants fut de 34,7 ans (DS = 3,5). Les femmes furent significativement plus jeunes que les hommes (respectivement 33,8 vs 36,1 ans (p = 0,0005)).

Parmi les répondants, 21 (17,8%) praticiens travaillèrent en tant que remplaçant, 22 (18,6%) travaillèrent en cabinet libéral seul, 67 (56,8%) furent en cabinet libéral de groupe et 8 (6,8%) pratiquèrent une activité autre ou mixte.

Concernant leur temps de travail, les médecins travaillèrent en moyenne 37,5 heures (DS = 10,9) par semaine (Figure 6), avec un nombre d'heure significativement moins important pour les praticiens remplaçants (27,9 heures par semaine contre 38,9 heures par semaine pour les praticiens ayant une activité autre ou mixte, 39,4 heures par semaine pour ceux exerçant en cabinet libéral de groupe et 40,1 heures par semaine pour ceux travaillant en cabinet libéral seul, p = 0,00015). Les femmes travaillèrent significativement moins que les hommes (35,6 vs 40,3 heures par

semaine, p = 0,036). Le volume horaire ne varia pas de manière significative en fonction de l'âge.

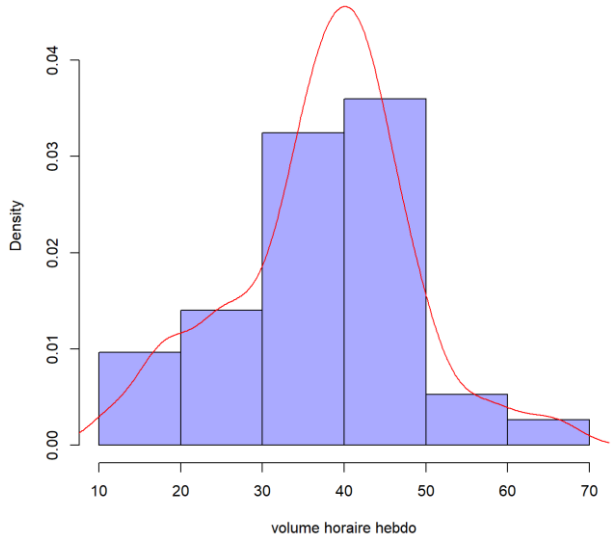


Figure 6. Volume horaire hebdomadaire des praticiens interrogés

Ce volume horaire se décomposa comme suit :

- Les praticiens travaillèrent en moyenne 7,4 demi-journées (DS = 1,9) par semaine (hors week-end), avec une médiane à 8 demi-journées (Q1-Q3 : [7 ; 8]).
- Ils travaillèrent en moyenne 0,4 demi-journées (DS = 1,2) par week-end, avec une médiane à 0,2 demi-journées (Q1-Q3 : [0 ; 0,5]).
- Ils effectuèrent donc au total une moyenne de de 7,8 demi-journées (DS = 1,9) par semaine civile, avec une médiane à 8 demi-journées (Q1-Q3 : [7 ; 9]).
- Ils travaillèrent en moyenne 9,4 heures (DS = 1,3) par jour, avec une médiane à 9 heures (Q1-Q3 : [8,5 ; 10]).
- Enfin, ils effectuèrent en moyenne 4 gardes (DS = 6,6) par semestre, avec une médiane à 1 garde (Q1-Q3 : [0 ; 6]).

Les médecins virent en moyenne 29,61 patients (DS = 7,58) par jour, avec une médiane à 29 patients (Q1-Q3 : [25 ; 30]) (Figure 7).

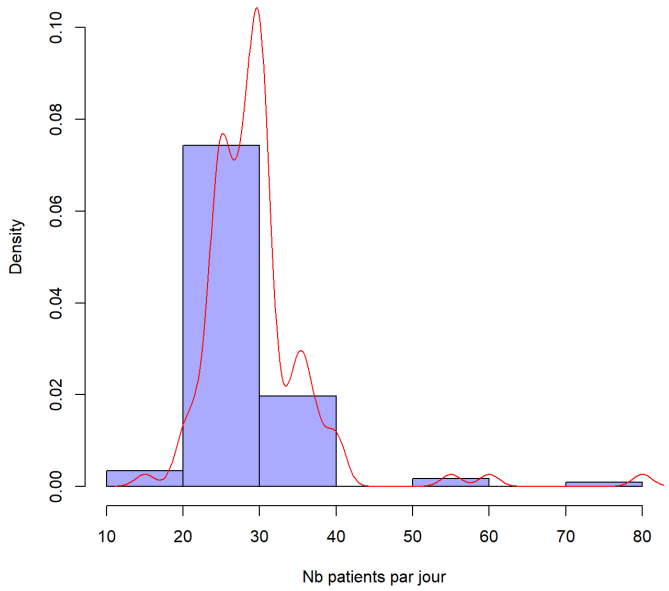


Figure 7. Nombre de patients vus par jour par les praticiens interrogés

2.3 Facteurs influençant le souhait de productivité des médecins généralistes

Le Tableau 2 rapporte les 32 facteurs susceptibles d'influencer la productivité des médecins généralistes, évalués par une échelle de Lickert. Les facteurs furent triés selon la moyenne des réponses reçues, allant de « -2 » (incite fortement à travailler moins) à « +2 » (incite fortement à travailler plus). La moyenne associée à chaque facteur (notée $\bar{x}$) s'interprète donc sur l'intervalle [-2 ; +2]. La Figure 8 montre le détail des effectifs pour chaque réponse. Pour des raisons de mise en page, ces deux figures comprennent des libellés raccourcis. Les libellés exacts des items sont lisibles dans le questionnaire, en Annexe 1.

Le texte ci-dessous réalise une synthèse des réponses par thématique.

Un premier groupe de facteurs fut relatif aux conditions d'exercice. On y releva majoritairement des facteurs qui incitèrent à diminuer le volume d'activité. Il est à noter que les facteurs les plus dissuasifs de productivité furent liés à des conditions externes, c'est-à-dire des éléments imposés au praticien. Parmi ces facteurs, le plus dissuasif fut le fait de ne pas choisir son lieu de pratique ($\bar{x} = -1{,}54$). Vint ensuite le fait de subir une importante charge administrative ($\bar{x} = -1{,}51$), puis les sollicitations sans filtres de la part des patients ($\bar{x} = -1.11$). L'accès facilité aux IPA ou autres professions dissuada autant que la variabilité du cadre réglementaire ($\bar{x} = -0{,}68$). Enfin, la découverte du temps partiel lors de l'internat ($\bar{x} = -0{,}52$) et la sensation de combler en permanence le manque de soins ($\bar{x} = -0{,}49$) furent deux autres facteurs dissuasifs de productivité. D'autres facteurs influencèrent la productivité des médecins généralistes mais furent relatifs à des conditions choisies par le praticien lui-même. Ces facteurs purent être dissuasifs, incitatifs, ou alors ne pas avoir d'impact significatif sur le souhait de productivité du praticien. Le facteur le plus dissuasif de productivité fut alors le fait de travailler en intérim ($\bar{x} = -0{,}58$). Être MSU SASPAS fut quant à lui aussi un facteur dissuasif ($\bar{x} = -0{,}19$) tandis qu'être MSU SN1 fut un facteur neutre ($\bar{x} = -0{,}11$). Travailler en groupe fut lui aussi dissuasif de productivité ($\bar{x} = -0{,}17$). Cependant, quelques conditions d'exercices choisies par le médecin furent incitatives

de productivité : majoritairement la téléconsultation ($\bar{x} = 0{,}40$), puis le fait d'avoir un système de rendez-vous en ligne ($\bar{x} = 0{,}34$) et avoir recours à la téléexpertise ($\bar{x} = 0{,}32$). Enfin, avoir une activité diversifiée ne sembla pas inciter ni dissuader les médecins de pratiquer d'avantages d'actes ($\bar{x} = 0{,}12$).

Un second groupe de facteurs sembla lié aux études de médecine même. Ces facteurs furent quasiment tous dissuasifs de productivité, le plus dissuasif fut de ne pas avoir le choix de la spécialité pratiquée ($\bar{x} = -1{,}13$). Vint ensuite le fait de ne pas avoir le choix de sa ville d'internat ($\bar{x} = -1{,}07$) puis d'avoir eu des études longues et stressantes ($\bar{x} = -0{,}56$). Le manque de formation sur l'installation dissuada lui-aussi les praticiens ($\bar{x} = -0{,}42$). Par contre, la limitation par le *numerus clausus* se présenta comme un facteur neutre de productivité ($\bar{x} = -0{,}02$), tout comme le fait d'avoir eu des revenus faibles durant ses études ($\bar{x} = 0{,}15$).

Un troisième groupe sembla relié à des facteurs familiaux. Ils furent, eux aussi, majoritairement dissuasifs. Avoir des enfants avec un conjoint médecin et avoir des enfants avec ses parents éloignés semblèrent dissuader les praticiens avec la même intensité ($\bar{x} = -1{,}13$). Vint ensuite le fait d'avoir un conjoint aux hauts revenus ($\bar{x} = -0{,}70$) puis avoir un conjoint médecin, sans enfant ($\bar{x} = -0{,}14$). Avoir ses parents éloignés en n'ayant pas d'enfant fut quant à lui un facteur plutôt neutre de productivité ($\bar{x} = 0{,}05$).

Un dernier groupe de facteurs influençant la productivité des médecins fut un groupe relatif au domaine financier. Ce groupe contint des facteurs tant incitatifs que dissuasifs. L'absence de majoration des actes de week-end ($\bar{x} = -1{,}44$) et avoir des objectifs d'activité imposés ($\bar{x} = -0{,}79$) furent les principaux facteurs dissuasifs de ce groupe. Le fait d'avoir une rémunération moindre en France dissuada un peu moins les praticiens ($\bar{x} = -0{,}28$). Le paiement à l'acte fut quant à lui un fort facteur incitatif ($\bar{x} = 1{,}34$). Vint ensuite la majoration des consultations de garde ($\bar{x} = 0{,}66$). L'augmentation du tarif des actes ne sembla quant à lui pas modifier le désir de productivité des praticiens de manière significative ($\bar{x} = 0{,}66$).

Tableau 2. Résultats de l'analyse de l'échelle de Lickert :
"Selon vous, quel effet a cette circonstance sur le temps de soin ?"

Variable	Moyenne	Groupe
Ne pas choisir son lieu de pratique	-1,54	Dissuasif
Charge administrative	-1,51	
Absence de majoration actes weekend	-1,44	
Avec enfants : conjoint médecin	-1,13	
Avec enfants : parents éloignés	-1,13	
Ne pas choisir sa spécialité	-1,13	
Sollicitations sans filtre	-1,11	
Ne pas choisir sa ville d'internat	-1,07	
Objectifs d'activité imposés	-0,79	
Avoir un conjoint aux hauts revenus	-0,70	
Accès facilité aux IPA	-0,68	
Variabilité du cadre réglementaire	-0,68	
Travailler en intérim	-0,58	
Etudes longues et stressantes	-0,56	
Découverte du temps partiel	-0,52	
Combler les manques de l'offre de soins	-0,49	
Peu de formation sur l'installation	-0,42	
Rémunération moindre en France	-0,28	
Etre MSU SASPAS	-0,19	
Travailler en groupe	-0,17	
Sans enfants : avoir un conjoint médecin	-0,14	
Etre MSU SN1	-0,11	Neutre
Limitation par *numerus clausus*	-0,02	
Sans enfants : avoir des parents éloignés	0,05	
Avoir une activité diversifiée	0,12	
Revenus faibles durant les études	0,15	
Augmentation des tarifs des actes	0,22	
Avoir recours à la téléexpertise	0,32	Incitatif
Rendez-vous en ligne	0,34	
Pratiquer la téléconsultation	0,40	
Majoration des gardes	0,66	
Paiement à l'acte	1,34	

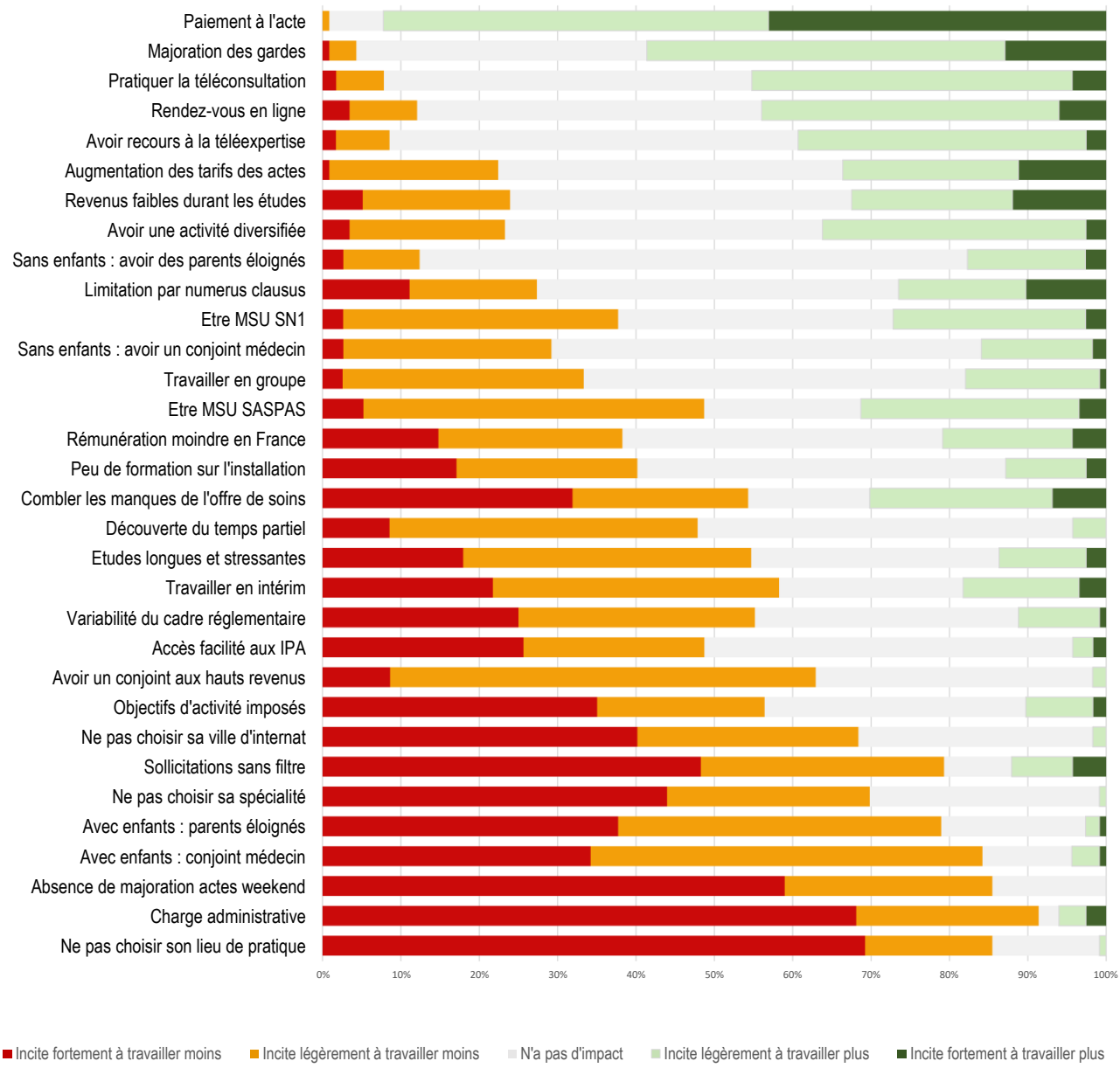


Figure 8. Résultats de l'analyse de l'échelle de Lickert : "Selon vous, quel effet a cette circonstance sur le temps de soin ?"

Discussion

1 Principaux résultats

Nous avons mené une enquête pour connaitre les différents facteurs susceptibles d'influencer la productivité des médecins généralistes libéraux.

Concernant les résultats, on peut noter que les mesures visant à augmenter le temps médical (téléconsultation, téléexpertise, système de rendez-vous en ligne) et visant la valorisation financière de la profession (notamment paiement à l'acte) influencent positivement la productivité des médecins généralistes libéraux.

Les mesures portant atteinte au choix de pratique (ville, spécialité) et à la dynamique familiale (éloignement familial, problématique de gardes d'enfants) de même que la réduction du temps médical (charge administrative, sollicitations sans filtre de la part des patients…) ont un impact plutôt dissuasif. La plupart de ces mesures dissuasives sont les conséquences de réformes instaurées au cours des dernières années : augmentation du nombre d'années d'étude, éloignement géographique et familial imposé par les EDN, restriction du nombre de médecins.

2 Discussion des résultats

Afin d'interpréter les résultats, nous avons établi une carte heuristique (Figure 9). Cette carte heuristique est constituée comme suit :

Effet final ← *Mécanisme interprété* ← Facteur objectif ← *Mesure réglementaire*.

L'effet final est un effet dissuasif ou incitatif. Les facteurs neutres y sont insérés selon leur tendance à avoir un effet dissuasif ou incitatif, même si celui-ci n'est pas significatif.

Le mécanisme interprété est le mécanisme qui, selon nous, permet d'obtenir l'effet.

Le facteur objectif est le critère directement évalué dans notre échelle de Likert.

La mesure réglementaire, lorsqu'elle apparaît, est, selon nous, une décision politique qui pourrait avoir renforcé le critère évalué.



Figure 9. Carte heuristique des facteurs influençant la productivité des médecins généralistes du Nord après la phase quantitative

La Figure 9 comporte l'essentiel des éléments interprétatifs, et nous incitons le lecteur à s'y attarder. Nous complèterons ci-dessous quelques points spécifiques seulement.

Il est à noter que certains résultats dissuasifs peuvent certes entrainer une baisse de productivité en termes de nombre d'actes, mais permettent aux praticiens d'avoir une motivation plus importante maintenue sur le long terme, comme par exemple le fait d'être MSU SASPAS (les étudiants font en effet moins d'actes que le médecin mais être maître de stage offre une valeur pédagogique ajoutée) ou le travail en groupe.

Il en est de même pour la diversification de l'activité des médecins, facteur neutre, qui participe d'un côté à avoir une activité plus variée donc plus intéressante et motivante, mais qui entraine aussi des consultations qui peuvent être plus longues (gynécologie, suture…) donc moins nombreuses.

Un point qui nous semble important est celui de la mobilité forcée des médecins. Cette mobilité existe à deux étapes : une première mobilité est inter-régionale, et est liée à la mise au concours des postes nationalement (ECN, EDN, etc.). Une deuxième mobilité est intra-régionale, et concerne la possible obligation faite à un médecin d'exercer dans une zone sous-dotée par exemple. L'idée communément admise est que contraindre un médecin à une mobilité géographique devrait logiquement permettre une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins de soins de la population.[53] Notre étude montre que, tant que les médecins n'ont pas d'enfant, le fait de les éloigner géographiquement de leur famille est plutôt un facteur favorisant la productivité ($\bar{x} = 0{,}05$). Cependant, lorsque les médecins ont des enfants, il devient très complexe de gérer les conduites d'enfants, les vacances scolaires, les imprévus (grève, maladie de l'assistant maternel, etc…), et l'éloignement géographique devient au contraire un facteur fortement dissuasif ($\bar{x} = -1{,}13$). Par ailleurs, de manière plus générale, le fait de ne pas choisir son lieu d'installation est globalement rapporté comme étant dissuasif ($\bar{x} = -1{,}54$). La principale recommandation qui pourrait découler de cette constatation serait de mettre fin à toute forme de mobilité géographique contrainte.

Un autre point important est la formation de couples entre médecins. Il a parfois été écrit que la féminisation des études médicales serait à l'avenir un problème en termes de productivité du corps médical.[13] Notre étude suggère que l'explication est plus complexe, et qu'il ne s'agit pas tant de la féminisation des promotions d'étudiants en médecine, que de l'introduction d'une réelle mixité des promotions. Cette mixité, associée à des études et un début d'exercice professionnel très difficiles qui isolent socialement les étudiants et les jeunes professionnels, semble assez naturellement aboutir à la constitution de couples d'étudiants en médecine, puis de médecins. Tant que ces couples n'ont pas d'enfant, le fait d'avoir un conjoint médecin n'a pas vraiment d'impact sur la productivité ($\bar{x} = -0{,}14$) : il est plus aisé de travailler un gros volume horaire si le conjoint est lui-même sur un rythme de travail similaire. En revanche, lorsqu'un couple de médecins a des enfants, il se retrouve confronté aux problèmes du quotidien, peu compatibles avec des horaires de travail étendus (conduites d'enfant, consultations pédiatriques, problèmes d'organisation, grèves, maladies, etc.). Le fait d'avoir un conjoint médecin devient alors un facteur fortement dissuasif ($\bar{x} = -1{,}13$). Cette question organisationnelle interfère également avec le revenu du conjoint, les médecins ayant en moyenne des revenus plutôt élevés. Or, nous avons montré que le fait d'avoir un conjoint avec des revenus élevés était là aussi plutôt un facteur dissuasif ($\bar{x} = -0{,}70$). Toute mesure qui accroit l'isolement social des étudiants en médecine ou qui rend leur rythme de vie trop différent des autres étudiants (y

compris la mobilité forcée dans un désert médical) est donc susceptible d'accroître ce phénomène.

Un troisième point sur lequel il semble pertinent de s'attarder est celui du paiement à l'acte. Il a été évoqué par les politiques, et notamment par le Président de la République, une volonté de mettre fin au paiement à l'acte afin de favoriser un système de paiement par capitation pour mieux contrôler la pertinence des soins, partant de l'idée que le système de paiement à l'acte engendrerait une consommation d'actes dits « inutiles ».[42] Or, comme nous pouvons le voir dans notre étude, le système de paiement à l'acte est bien un système incitatif de productivité ($\bar{x} = 1{,}34$). Il pousse les praticiens à augmenter leur nombre d'actes dans leur journée. Le système de capitation, rémunérant les praticiens dès que le patient se trouve sur sa liste, peu importe le nombre d'actes pratiqués sur ce dernier, serait donc par opposition plutôt dissuasif de productivité, les médecins ne gagnant pas plus d'argent à voir plus fréquemment le patient. Quant à l'idée que le paiement à l'acte engendrerait une consommation de soins inutiles, au vu de la démographie médicale actuelle, il semble difficile d'imaginer quels actes pourraient bien être « inutiles », une certaine partie de la population n'ayant même pas accès à un médecin généraliste. Le système de capitation ne serait donc pas adapté dans un pays avec une densité de médecins qui s'amenuise. Le système de paiement à l'acte est donc plus que jamais incitatif pour les médecins afin de continuer d'essayer de combler les manques de l'offre de soins. Cette constatation pousse à recommander de conserver ce mode de paiement des praticiens.

De même, l'absence de valorisation financière des actes de week-end hors garde, est un facteur fortement dissuasif de productivité ($\bar{x} = -1{,}44$). En effet, ne pas ajouter de cotation spécifique au week-end pousse les médecins généralistes à ne plus consulter le week-end, voire à diminuer même leur nombre de samedi matin travaillés, ceux-ci n'étant pas valorisés. Ainsi, peu de généralistes travaillent en week-end et ne restent alors que les systèmes de permanence de soins. Valoriser financièrement les actes des médecins n'engendrerait donc pas une baisse d'activité de leur part mais serait plutôt incitatif à réaliser davantage de consultations, notamment en week-end avec l'instauration d'une cotation spécifique. Cette conclusion est corroborée par la valeur incitative de la majoration des consultations de garde ($\bar{x} = 0{,}66$) qui montre bien que payer plus les médecins les pousse à faire plus d'actes, et non pas le contraire.

Un dernier point à aborder est celui du temps partiel des médecins généralistes. Il a souvent été pointé du doigt par les politiques comme l'origine du déficit de l'offre de soins actuelle [54] : si les patients n'ont plus de médecin traitant, c'est parce que ces derniers ne veulent plus autant travailler. Or, nous avons pu voir dans cette étude que les médecins travaillaient en moyenne 37,5 heures (DS = 10,9) par semaine, en incluant dans ce décompte les temps partiels et les remplaçants. Ainsi, on peut voir que même en prenant en compte l'ensemble des médecins ne travaillant pas à temps plein, les médecins ont une moyenne de travail hebdomadaire supérieure à un équivalent temps plein. Si davantage de médecins ont choisi le temps partiel au fil des années, considérer que la limitation de l'offre de soins est due à des médecins souhaitant moins travailler est donc une erreur et cherche à placer la culpabilité de l'état actuel de l'offre de soins sur le praticien exclusivement. Toute mesure visant à inciter à renforcer le volume horaire des médecins généralistes ne serait donc pas une mesure efficace pour combler l'offre de soins ; à l'inverse cela pourrait la culpabilité des médecins généralistes, pouvant par conséquent diminuer leur productivité.

3 Discussion de la méthode

Les 118 réponses reçues ont permis d'obtenir un taux de retour de 59,6 %. Parmi ces retours, certaines propositions restaient sans réponse dans quelques questionnaires, et il était difficile de préciser pour chaque proposition le taux de réponse obtenu et le taux de « NA ». Les statistiques calculées manquent donc de précision en ce sens.

Parmi les propositions de l'échelle de Lickert, certaines s'évéraient orientées par leur formulation (« subir » une importante charge administrative, avoir « subi » des études longues et stressantes) et pouvaient influencer la réponse des participants.

Les médecins devant répondre à toutes les propositions - peu importe leur statut personnel (ex : avoir des enfants) - on peut penser que certaines réponses auraient pu être différentes s'ils étaient concernés par chacune des situations : leur réponse ne reste qu'une supposition.

4 Perspectives, impact

A travers cette étude, on peut donc observer que les différentes interventions de l'Etat au cours des dernières années n'ont pas permis d'augmenter l'offre de soins, mais au contraire ont eu pour résultat de diminuer la productivité des médecins généralistes libéraux du Nord. Cette diminution de productivité est la conséquence de mesures restrictives importantes prises à la fin du XXe siècle et actuelles de même qu'un allongement et une complexification des études médicales, entrainant une baisse de motivation et accentuant l'effet selon lequel les médecins sont en permanence en train de chercher à combler le manque de soins.

Cela risque de s'accentuer dans les années à venir si certaines mesures futures visent à toucher les facteurs motivationnels, par exemple la suppression du paiement à l'acte, ou encore la restriction des libertés d'installation.

De cette étude, plusieurs recommandations simples pourraient être formulées :

- Mettre fin à toute mobilité géographique contrainte
    - Ne plus mettre au concours national l'accès en troisième cycle
    - Ne pas contraindre la zone de stage durant l'externat ou l'internat
    - Ne pas contraindre la zone d'installation
- Ne pas réduire la motivation financière des praticiens
    - Ne pas mettre fin au système de paiement à l'acte mais au contraire pouvoir revaloriser la valeur de ces actes
    - Mettre en place une cotation spécifique des actes de week-end hors garde
- Cesser de complexifier l'accès aux études médicales, et notamment arrêter d'augmenter le nombre d'années d'étude
- Limiter la charge administrative des praticiens
- Mieux informer les praticiens sur les modalités d'installation, et ce dès la faculté.

Conclusion

La présente étude nous permet de mettre en lumière que les différentes interventions de l'Etat visant à augmenter l'offre de soin n'ont jusqu'ici pas porté leurs fruits, et se sont même avérées délétères sur la productivité des médecins généralistes. Des mesures visant à augmenter le temps médical et préserver au maximal les libertés d'installation des praticiens sont essentielles. Il semble aussi pertinent d'arrêter de complexifier l'accès aux études médicales et de les rendre compatibles avec la vie de famille choisie par les médecins, en mettant fin notamment à toute mobilité géographique contrainte.

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés lors de la phase qualitative... 30

Tableau 2. Résultats de l'analyse de l'échelle de Lickert : "Selon vous, quel effet a cette circonstance sur le temps de soin ?"..... 36

Liste des figures

Figure 1. Comparaison du nombre d'installations de médecins au nombre de naissances 30 ans auparavant, d'après [22]..... 15

Figure 2. Comparaison du nombre d'installations de médecins, et du numerus clausus 9 ou 10 ans avant la date d'installation, d'après [22] 16

Figure 3. Evolution du nombre de médecins généralistes en France entre 2012 et 2022 d'après [46] 22

Figure 4. Carte heuristique des facteurs susceptibles d'influencer la productivité des médecins généralistes du Nord, établie à la suite de la phase qualitative 31

Figure 5. Flowchart de l'étude quantitative 32

Figure 6. Volume horaire hebdomadaire des praticiens interrogés 33

Figure 7. Nombre de patients vus par jour par les praticiens interrogés..... 34

Figure 8. Résultats de l'analyse de l'échelle de Lickert : "Selon vous, quel effet a cette circonstance sur le temps de soin ?" 37

Figure 9. Carte heuristique des facteurs influençant la productivité des médecins généralistes du Nord après la phase quantitative 39

Références

[1] Direct Assurance. Quelles différences entre une clinique et un hôpital ? Direct Assurance. Direct Assur 2023. https://www.direct-assurance.fr/assurance-sante/hopital-clinique-difference (accessed March 25, 2024).

[2] clenigen. Hôpital public, clinique privée : de vraies différences. Mut GSMC 2022. https://www.mutuelle-gsmc.fr/blog/hopital-public-clinique-privee-de-vraies-differences/ (accessed March 25, 2024).

[3] Fédération Hospitalière de France. Les établissements de santé privés - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France 2015. https://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-de-sante-prives (accessed March 25, 2024).

[4] Hôpital : sortir des urgences - Rapport. Sénat 2023. https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html (accessed March 25, 2024).

[5] FOKI G. Bismarck / Beveridge : deux modèles de l'indemnisation du chômage en Europe 2019. https://www.unedic.org/publications/bismarck-beveridge-deux-modeles-de-lindemnisation-du-chomage-en-europe (accessed April 1, 2024).

[6] Assurance maladie. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés 2024. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes (accessed June 14, 2024).

[7] Assurance maladie. Participation forfaitaire de 1 € 2024. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-1-euro (accessed April 1, 2024).

[8] Assurance maladie. Franchise médicale 2023. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale (accessed April 1, 2024).

[9] BOUET P, BLANC J-L, DEAU X, DEGOS C-F, GUERRIER B, KEZACHIAN B, et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale 2024. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf (accessed May 9, 2024).

[10] Médecine générale. Wikipédia 2024.

[11] BLUTEAU P. La quatrième année d'internat en médecine générale officialisée. L'Etudiant 2023. https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-quatrieme-annee-d-internat-en-medecine-generale-officialisee.html (accessed May 9, 2024).

[12] CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, VERGER P, VENTELOU B, ZAYTSEVA A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2019. https://drees.solidarites-

sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler (accessed March 25, 2024).

[13] Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles 2009.

[14] Réseau Santé Louvain. Maximum (volume horaire pour une prestation) | Réseau Santé Louvain 2010. https://www.reseausantelouvain.be/fr/maximum-volume-horaire-pour-une-prestation (accessed June 13, 2024).

[15] d'État LC. Respect du temps de travail à l'hôpital : le Conseil d'État précise les obligations des établissements. Cons DÉtat 2022. https://www.conseil-etat.fr/actualites/respect-du-temps-de-travail-a-l-hopital-le-conseil-d-etat-precise-les-obligations-des-etablissements (accessed June 13, 2024).

[16] Déprez M, Albouy V. Mode de rémunération des médecins. Économie Prévision 2009;188:131–9. https://doi.org/10.3406/ecop.2009.7906.

[17] Bras P-L. Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée. Trib Santé 2017;57:71–89. https://doi.org/10.3917/seve.057.0071.

[18] RENAUD A. Revenus : les médecins français moyennement lotis par rapport à leurs confrères des pays développés, selon l'OCDE. Quotid Médecin 2018. https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/revenus-les-medecins-francais-moyennement-lotis-par-rapport-leurs-confreres-des-pays-developpes (accessed May 16, 2024).

[19] BAC C, BALSAN D. Modélisation des dépenses d'assurance maladie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2001. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/modelisation-des-depenses-dassurance-maladie (accessed September 6, 2024).

[20] Gottely-Fayet J, Vilain A. Les médecins de demain. Econ Stat 1994;274:71–87. https://doi.org/10.3406/estat.1994.5880.

[21] Batifoulier P. De l'aléa moral du patient aux inégalités d'accès aux soins 2014.

[22] Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Econ Stat 2008;414:3–30. https://doi.org/10.3406/estat.2008.7026.

[23] INSEE. Population par sexe et groupe d'âges | Insee 2024. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2 (accessed May 13, 2024).

[24] INSEE. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee 2019. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937 (accessed May 13, 2024).

[25] INED. L'espérance de vie en France - Les graphiques interprétés - Les graphiques/ les cartes. Ined - Inst Natl D'études Démographiques 2020. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/ (accessed May 17, 2024).

[26] travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Numérus Clausus 2020. Ministère Trav Santé Solidar 2024.

https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/numerus-clausus-2020-429464 (accessed May 17, 2024).

[27] Pourquoi la fin du numerus clausus ne permet pas d'en finir avec la pénurie de médecins. Echos Start 2024. https://start.lesechos.fr/apprendre/universites-ecoles/pourquoi-la-fin-du-numerus-clausus-ne-permet-pas-den-finir-avec-la-penurie-de-medecins-2079711 (accessed May 13, 2024).

[28] MACSF.fr. Étudiants en médecine : tout savoir sur la réforme des ECN. MACSF.fr 2023. https://www.macsf.fr/actualites/etudiants-en-medecine-tout-savoir-sur-la-reforme-des-ecn (accessed May 28, 2024).

[29] Veber B. La réforme du 2e cycle des études médicales - Quels objectifs, quelle organisation, dans quels délais ? Presse Médicale Form 2022;3:482–4. https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.10.027.

[30] SanteMentale. Création d'une quatrième année d'internat de médecine générale. Santé Ment 2023. https://www.santementale.fr/2023/06/25-recommandations-pour-lajout-dune-4e-annee-au-des-de-medecine-generale/ (accessed May 27, 2024).

[31] BLUTEAU P. Quatrième année d'internat en médecine générale : "Ce n'est pas 'juste' une année de plus." L'Etudiant 2023. https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/quatrieme-annee-dinternat-en-medecine-generale-ce-nest-pas-juste-une-annee-de-plus.html (accessed May 27, 2024).

[32] Légifrance. Article - Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé - Légifrance 2022. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000046029619 (accessed May 31, 2024).

[33] Légifrance. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne - Légifrance 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032575975/?isSuggest=true (accessed May 31, 2024).

[34] Assurance maladie. Tarifs des consultations 2024. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/modifications-tarifs-consultations (accessed May 31, 2024).

[35] Assurance maladie. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée 2023. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees (accessed May 9, 2024).

[36] Ministère de la santé et de la prévention. Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles 2023.

[37] DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé. Ministère Trav Santé Solidar 2024. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889 (accessed May 24, 2024).

[38] What's up doc ? L'abandonnisme des jeunes médecins, même après 10 ans d'étude, inquiète l'Ordre au plus haut point 2023. https://www.whatsupdoc-

lemag.fr/article/labandonnisme-des-jeunes-medecins-meme-apres-10-ans-detude-inquiete-lordre-au-plus-haut (accessed May 13, 2024).

[39] Assurance maladie. Cabinets libéraux : aide à l'emploi d'assistants médicaux 2024. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux (accessed May 17, 2024).

[40] Légifrance. Accès aux soins loi Rist du 19 mai 2023 | vie-publique.fr 2023. https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023 (accessed May 13, 2024).

[41] Caducee.net. Permanence des soins : vers un retour de l'obligation des gardes pour les médecins libéraux ? Caducee.net 2023. https://www.caducee.net/actualite-medicale/15986/permanence-des-soins-vers-un-retour-de-l-obligation-des-gardes-pour-les-medecins-liberaux.html (accessed May 13, 2024).

[42] RENAULT M-C. Vers la fin de la tarification à l'acte : quel est le projet de Macron qui suscite la colère des médecins ? Le Figaro 2023. https://www.lefigaro.fr/conjoncture/vers-la-fin-de-la-tarification-a-l-acte-quel-est-le-projet-de-macron-qui-suscite-la-colere-des-medecins-20231221 (accessed July 4, 2024).

[43] Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics ?| vie-publique.fr 2022. https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-quelles-actions-des-pouvoirs-publics (accessed May 13, 2024).

[44] VERGIER N, CHAPUT H, LEFEBVRE-HOANG I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? 2017.

[45] Voici la carte de France des déserts médicaux. lejdd.fr 2019. https://www.lejdd.fr/Societe/voici-la-carte-de-france-des-deserts-medicaux-3896746 (accessed May 13, 2024).

[46] QI Y. Médecins libéraux : quatre graphiques pour comprendre la baisse du nombre de praticiens en France. Ouest-Francefr 2023. https://www.ouest-france.fr/sante/medecins-liberaux-quatre-graphiques-qui-montrent-la-diminution-du-nombre-de-praticiens-en-france-0d4f3ec0-8b3e-11ed-8cd4-3e0a8eec1c0a (accessed May 13, 2024).

[47] Stefanovic-Isely R. Les facteurs influençant l'abandon des études médicales: revue de la littérature 2024.

[48] What's up doc ? 10% en médecine, 20% pour les infirmiers, l'abandon des études médicales est préoccupant. En cause, précarité et maltraitance 2022. https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/10-en-medecine-20-pour-les-infirmiers-labandon-des-etudes-medicales-est-preoccupant-en (accessed May 13, 2024).

[49] BIAIS M, CASSOU M, FRANC C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2022. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les (accessed May 24, 2024).

[50] Amrouche I. EDN : Un nombre de redoublements jamais vu. Remede.org 2023. http://www.remede.org/documents/edn-un-nombre-de-redoublements-jamais-vu.html (accessed May 28, 2024).

[51] 50 euros la consultation, c'est cher par rapport aux autres pays européens? www20minutes.fr 2023. https://www.20minutes.fr/sante/4017166-20230103-sante-50-euros-consultation-beaucoup-rapport-autres-pays-europeens (accessed May 31, 2024).

[52] Patientèle des médecins libéraux par région - 2017 à 2022 | L'Assurance Maladie 2024. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-region (accessed May 17, 2024).

[53] Déserts médicaux : la liberté d'installation des médecins accusée de « nuire à la santé des gens ». Basta! 2022. https://basta.media/deserts-medicaux-medecins-traitants-liberte-d-installation-des-medecins-regulation (accessed July 5, 2024).

[54] Statistiques relatives à l'évolution de la démographie médicale. Sénat 2021. https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21101835S.html (accessed March 25, 2024).

Annexe 1 : Questionnaire papier et lettre d'accompagnement



Chère Consœur,
Cher Confrère,

Depuis de nombreuses années, deux sujets émergent dans le débat public : **l'accès au soin** parfois insuffisant pour les patients d'une part, et **le mal-être des médecins** généralistes. Ces sujets sont en partie liés.

Nous observons une augmentation de la prévalence du temps partiel ou d'horaires maîtrisés chez les médecins généralistes, qui cherchent à être plus épanouis et consacrer davantage de temps à leur famille, leurs passions. Cette tendance résulte sans doute d'aspirations personnelles, mais aussi de facteurs professionnels, dont certains sont les conséquences de décisions politiques hasardeuses.

Afin d'éclairer (et, éventuellement, d'alerter) sur les décisions politiques actuelles ou futures, le Conseil de l'Ordre souhaite anticiper l'impact que ces mesures auront sur la productivité des médecins. Pour ce faire, nous souhaitons étudier les différents facteurs motivant, ou au contraire restreignant, la productivité des médecins généralistes du Nord.

Vous faites partie des 200 médecins **tirés au sort** pour participer à cette étude. Accepteriez-vous de répondre au présent questionnaire ? Un **taux de réponse élevé** est la seule manière de garantir la fiabilité des résultats. Merci de nous retourner le questionnaire rempli, à l'aide de l'enveloppe retour affranchie ci-jointe.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien accorder à cette enquête.

En vous souhaitant une agréable journée,
Bien confraternellement,
Marie SOURICE

Quels facteurs influencent le temps de travail des médecins généralistes libéraux ?

Quel est votre sexe ?	◯ Femme ◯ Homme
Quel âge avez-vous ?	__ __ __ ans
Quel est principalement votre type d'exercice ? *Une seule réponse possible*	◯ Cabinet, statut libéral, seul ◯ Cabinet, statut libéral, en groupe ◯ En remplacement ◯ Autre / Mixte
Combien de ½ journées travaillez-vous en semaine ? *Du lundi au vendredi, hors vacances. Un décompte décimal est possible.*	__ __ , __ demi-journées
Combien de ½ journées travaillez-vous en weekend ? *Samedi et dimanche. Y compris gardes de jour. Décompte décimal possible.* *Ex : un samedi matin toutes les 2 semaines : écrire 0,5. Jamais : écrire 0,0.*	__ __ , __ demi-journées
Combien de gardes (soir/nuit) faites-vous par semestre ? *Attention, les gardes de journées ne sont pas comptées ici, mais en journées de travail le weekend, voir ci-dessus.*	__ __ __ gardes
Quels sont vos horaires en journée complète classique ? *Nombre d'heures, hors pauses, pour une journée complète de travail*	__ __ heures et __ __ minutes
Combien de patients voyez-vous en journée complète ? *Uniquement sur vos journées de consultations, combien de personnes voyez-vous en moyenne, qu'il s'agisse de consultations ou d'actes ?*	__ __ personnes

Pour chacune des circonstances suivantes, essayez de répondre pour les médecins généralistes libéraux ou remplaçants en général, pas forcément pour vous. « Travailler moins » signifie faire moins d'actes (moins de jours / moins d'heures / actes plus longs). Il s'agit du nombre d'actes réalisés par vous ou en votre nom (internes inclus).

Selon vous, quel effet a cette circonstance sur le temps de soin ? Une seule réponse par ligne.

	Incite fortement à travailler moins	Incite légèrement à travailler moins	N'a pas d'impact	Incite légèrement à travailler plus	Incite fortement à travailler plus
Avoir un conjoint dont les revenus sont élevés	◯	◯	◯	◯	◯
Sans enfant : avoir un conjoint médecin	◯	◯	◯	◯	◯
Sans enfant : être éloigné de ses parents	◯	◯	◯	◯	◯
Avec enfant(s) : avoir un conjoint médecin	◯	◯	◯	◯	◯
Avec enfant(s) : être éloigné de ses parents	◯	◯	◯	◯	◯
Être maître de stage en SN1 *y compris l'activité de l'interne*	◯	◯	◯	◯	◯
Être maître de stage en SASPAS *y compris l'activité de l'interne*	◯	◯	◯	◯	◯
Travailler à plusieurs (groupe, etc.)	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir une activité diversifiée *Ex : sutures, gynécologie, etc.*	◯	◯	◯	◯	◯
Subir une importante charge administrative	◯	◯	◯	◯	◯

	Incite fortement à travailler moins	Incite légèrement à travailler moins	N'a pas d'impact	Incite légèrement à travailler plus	Incite fortement à travailler plus
Être payé à l'acte (versus forfaits et salaires)	◯	◯	◯	◯	◯
Réaliser des actes dont le tarif augmenterait *Si les tarifs augmentaient, travailleriez-vous plus ou moins ?*	◯	◯	◯	◯	◯
Travailler en intérim (salaire quotidien élevé)	◯	◯	◯	◯	◯
Savoir que la rémunération est plus faible en France qu'ailleurs	◯	◯	◯	◯	◯
Ne pas choisir son lieu de pratique *En cas de restriction de la liberté d'installation*	◯	◯	◯	◯	◯
Se faire imposer des objectifs d'activités *ROSP ou possibles futures évolutions de la convention.* *Ex : % patients en CMU, durée de consultation, etc.*	◯	◯	◯	◯	◯
Ne pas choisir librement sa spécialité *Choix de spécialité imposé par les ECN*	◯	◯	◯	◯	◯
Ne pas choisir librement sa ville d'internat *Mobilité géographique imposée par les ECN*	◯	◯	◯	◯	◯
Découvrir le temps partiel durant l'internat *SN1 et SASPAS parfois à temps partiel*	◯	◯	◯	◯	◯
Savoir que l'Etat a limité le nombre de médecins *Numerus clausus inférieur à 5000 de 1984 à 2002*	◯	◯	◯	◯	◯
Recourir aux avis spécialisés par téléexpertise	◯	◯	◯	◯	◯
Être accessible aux patients en téléconsultation	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir subi des études longues et stressantes	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir été habitué à des revenus faibles durant les études	◯	◯	◯	◯	◯
Savoir que l'Etat souhaite faciliter l'accès direct aux IPA ou autres professions	◯	◯	◯	◯	◯
Être sollicité sans filtre par les patients *Demandes abusives, urgences ressenties, etc.*	◯	◯	◯	◯	◯
Incertitude et variabilité du cadre réglementaire *Durant les crises sanitaires par exemple*	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir été peu formé sur les modalités de l'installation pendant les études	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir la sensation de combler en permanence les manques de l'offre de soins	◯	◯	◯	◯	◯
Avoir un système de prise de RDV en ligne	◯	◯	◯	◯	◯
La majoration des consultations de garde *Ex : 72,50€ pour un enfant < 6 ans en garde de nuit*	◯	◯	◯	◯	◯
L'absence de majoration des actes le weekend *Le samedi, le dimanche et les jours fériés, hors gardes et urgences, les actes ne sont pas majorés.*	◯	◯	◯	◯	◯

Merci de votre participation !

AUTEUR : Nom : SOURICE **Prénom :** Marie

Date de Soutenance : 10/10/2024

Titre de la Thèse : Facteurs influençant le souhait de productivité des médecins généralistes du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Productivité, temps de travail, facteur incitatif ou dissuasif

Résumé :

Contexte :

L'accès à l'offre de soins premier est un enjeu actuel majeur. Malgré les nombreuses interventions de l'Etat visant à améliorer cette offre, la situation ne s'améliore guère. On peut supposer que ces interventions ont un impact direct ou psychologique sur la productivité des médecins. L'objectif est donc d'identifier les facteurs influençant les souhaits de productivité des médecins généralistes du Nord.

Matériel et Méthodes :

Cette étude contient 2 parties : qualitative, comprenant des entretiens auprès de 10 médecins généralistes du Nord, et quantitative, avec l'envoi d'un questionnaire issu de la 1ère phase auprès de 200 médecins généralistes du Nord tirés au sort sur les listes du CDOM.

Résultats :

Le souhait de productivité des médecins généralistes du Nord est influencé par des facteurs financiers, familiaux, liés à leurs études et à leurs conditions d'exercice.

Les mesures visant à augmenter le temps médical (téléconsultation, téléexpertise, système de rendez-vous en ligne) et visant la valorisation financière de la profession (notamment paiement à l'acte) influencent positivement le souhait de productivité des médecins généralistes libéraux.

Les mesures portant atteinte au choix de pratique (ville, spécialité) et à la dynamique familiale (éloignement familial, problématique de gardes d'enfants) de même que la réduction du temps médical (charge administrative, sollicitations sans filtre de la part des patients…) ont un impact plutôt dissuasif. La plupart de ces mesures dissuasives sont les conséquences de réformes instaurées au cours des dernières années : augmentation du nombre d'années d'étude, éloignement géographique et familial imposé par les EDN, restriction du nombre de médecins.

Conclusion :

L'Etat devrait limiter ses interventions dans le domaine médical et chercher à préserver le temps médical et les différentes libertés des praticiens libéraux.

Composition du Jury :

Président et directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Philippe PLATEL
Madame Docteur Gabrielle LISEMBARD
Madame le Docteur Anita TILLY