

Le patient et son généraliste « médecin traitant »

Éditorial

Le paradoxe du Médecin Traitant

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes qui les rendent indispensables, indispensables pour les soins quotidiens de chacun, indispensables pour le maintien de toute politique de santé fondée sur l'accessibilité et l'efficacité des soins pour tous, indispensables dans les discours des décideurs des politiques de santé au fur et à mesure de leur raréfaction sinon disparition dans certaines régions ou quartiers.

Les jeunes générations de médecins ne choisissent pas ce métier, non pas par manque d'intérêt, mais par manque d'une organisation nationale facilitant cet exercice complexe, prenant et difficile. Le paradoxe du médecin traitant est d'avoir été reconnu par deux lois successives en 2004 et 2009 et de faire le constat persistant de ces difficultés.

Chacun a une opinion partielle de « son » médecin traitant (98 % des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste), la vision de ces médecins généralistes, de la spécificité et diversité de leurs rôles est celle de l'iceberg : la partie invisible est la plus importante.

C'est ce que tente de décrire cette publication.



FONDATION APRIL





Pourquoi choisir votre généraliste comme « Médecin traitant ? »



Les fonctions assumées par les médecins généralistes sont caractéristiques des systèmes de santé modernes performants c'est pourquoi le médecin généraliste y est au centre de l'offre de soins.

Le médecin généraliste assume de façon simple, adaptée, souple et efficace la fonction d'accueil de tous les consultants et malades indépendamment de leur âge, de leur genre, de leur niveau économique et culturel.

Cette prise en charge se fait en règle dans la journée. Cet accès au médecin généraliste est facilité par sa proximité dans l'environnement de vie des patients, une grande disponibilité (la durée de travail hebdomadaire des MG varie de 55 à 59 heures) et l'accessibilité économique.

Le médecin généraliste assure « en premier » et au cours d'une seule consultation l'analyse de la situation, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des questions de santé de toute nature et souvent multiples.

Plus de 80 % des problèmes sont pris en compte immédiatement et directement. Pour mémoire seul 1 % des consultations nécessitent une hospitalisation et 5 % un recours aux autres spécialistes.

La confiance des usagers et patients dans leur Médecin Généraliste est constante. Elle est régulièrement confirmée par les sondages au fil des décennies (en 2010, 85 % des Français se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur médecin généraliste)

La stabilité du médecin généraliste, dans son lieu d'exercice au cours du temps, en fait l'interlocuteur santé central des familles pendant de nombreuses années.

Plus de 80 % des assurés sociaux ont le même MG depuis plus de 5 ans. Cette continuité des soins



Pourquoi choisir votre généraliste comme « Médecin traitant ? »

sert de socle indispensable aux patients comme aux médecins, notamment dans la gestion des maladies chroniques qui constituent plus de 60 % des problèmes de santé de la population.

La personnalisation de la relation médicale dans les soins comme dans la prévention est le levier d'une alliance durable entre le patient et son médecin traitant.

Cette confiance partagée et la responsabilité qui en découlent pour le médecin traitant optimisent le recours aux autres ressources de santé. En effet le médecin traitant consacre un temps méconnu mais indispensable à la coordination des soins autour de son patient, notamment par ses relations avec les autres acteurs du parcours de soins (médecins hospitaliers, médecins correspondants, pharmaciens, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, assurance maladie, médecin du travail, médecin conseil, etc).

La position spécifique de médecin traitant généraliste au long cours a de multiples effets positifs, aussi importants que variés.

Un médecin traitant, parce qu'il connaît ses patients, est capable de percevoir de minimes changements dans l'état physique ou psychologique de ceux-ci. Le diagnostic précoce des maladies en est facilité ; il repère par exemple plus précocement les patients souffrant de dépression. Sa capacité à suivre ses patients dans le temps et dans leur environnement réduit aussi le nombre des hospitalisations non nécessaires. Ses activités permettent un meilleur usage des ressources médicales et économiques pour répondre de façon médicalement adaptée aux besoins de ses patients et de la santé de la population.

Cette aptitude du médecin généraliste à la prise en charge personnalisée et au long cours des questions de santé des patients et de la population est le socle de l'instauration du Médecin Traitant et du parcours de soins. (Loi de réforme de l'Assurance Maladie 2004)

En 2008, 98 % des médecins traitants sont des médecins généralistes.

En 2009, la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) définit les missions des médecins généralistes et celles des soins primaires, comme un espace spécifique d'articulation avec les autres spécialités médicales, en ville comme à l'hôpital.

La France instaure ainsi peu à peu un système de soins avec un libre choix organisé. Cette mise en place d'une offre de soins de proximité- les soins de santé primaires- est reconnue depuis longtemps au plan international comme alliant accessibilité réelle et performance médicale, sociale et économique.





Comment devient-on « Spécialiste en Médecine Générale » ?

Tous les futurs médecins suivent des cours communs durant les 6 premières années de leurs études (premier et deuxième cycles). Le troisième cycle est celui de la spécialisation.

Le premier cycle (2 ans) cours magistraux

Il faut tout d'abord être reçu au concours extrêmement sélectif de première année de médecine : à peine 16 % des étudiants, pour la majorité des femmes, seront retenus, alors qu'ils sont titulaires d'un Baccalauréat Scientifique, pour la plupart avec mention.

Le second cycle (4 ans) cours magistraux et stages à l'hôpital

Il s'agit d'une formation en alternance pendant laquelle les futurs médecins travaillent à mi-temps à l'hôpital, participent aux gardes et découvrent les différentes spécialités hospitalières par stages de 3 mois. L'après-midi ou les soirées sont consacrées aux cours. En 2010, la possibilité d'un stage de découverte de la médecine générale ambu-

latoire n'est pas encore financée durablement.

Le troisième cycle (au moins 3 ans) spécialisation.

A la fin de la sixième année, les étudiants passent à nouveau un concours : l'Examen National Classant. C'est leur classement au concours qui leur permettra de choisir la spécialité dans laquelle il souhaite exercer, ainsi que la ville où ils suivront cet enseignement. Pour la médecine générale, la durée de l'internat de spécialisation est jusqu'à présent de trois ans, par stages de six mois dont 3 sont obligatoires : service d'urgence, pôle mère enfant et stage dans un cabinet de médecine générale.

Le passage à la vie active

Pour obtenir son diplôme de spécialiste en médecine générale, l'interne après avoir réalisé la totalité de ses stages doit présenter un mémoire de stage puis rédiger et soutenir une thèse professionnelle.

Il prête alors le serment d'Hippocrate et

s'engage à exercer selon un cadre déontologique défini par le **Conseil National de l'Ordre des Médecins qui en est le garant.**

En 2010, seule une minorité des jeunes médecins généralistes nouvellement formés décide d'une installation en médecine libérale, sans doute parce que les conditions d'exercice y sont moins attractives qu'en médecine salariée (charges, contraintes en cas de congés, gardes, travail isolé, sécurité moindre). D'autre part, l'activité de remplaçant au long cours se développe au dépend de l'installation. Le problème de répartition des cabinets libéraux sur le territoire, notamment en zone rurale et zone urbaine défavorisées, se pose déjà. Enfin, dès 2004, 20 % des généralistes abandonnaient leur pratique libérale 18 années seulement après s'être installés (CREDES, 2004).

Au delà ces 9 années de formation, les MG développent souvent d'autres compétences utiles à l'exercice de la médecine générale. En 2010, près de la moitié des généralistes ont des formations et des diplômes supplémentaires.



Serment d'Hippocrate

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

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

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

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables
ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte,
je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

*Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers
et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

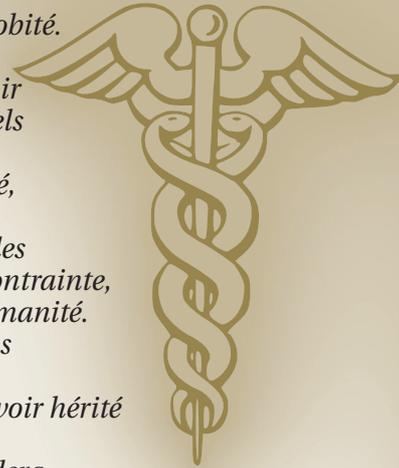
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

*Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai
et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

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

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





Mais que fait mon médecin traitant ?

C'est un médecin spécialiste du premier recours

Le médecin généraliste est le médecin auquel le patient s'adresse en premier, à l'entrée du parcours de soins. Il écoute les plaintes du patient, clarifie ses demandes, identifie ses attentes.

Il l'examine, recueille et synthétise les informations de santé nécessaires au diagnostic en les reliant aux antécédents connus et vécus et aux informations du dossier médical. La démarche décisionnelle est complexe. Elle se fait par étapes, en tenant compte à chaque instant des différentes hypothèses possibles et du risque d'une évolution grave. Le médecin traitant note dans le dossier médical du patient les éléments de cette consultation, les décisions prises. Il intègre dans le dossier de son patient les résultats des examens complémentaires, d'examens de dépistage et de prévention, les courriers de ses correspondants. Il coordonne ensuite le suivi du patient en l'orientant vers les correspondants nécessaires.

Mr Y
60 ans,

suivi pour hypertension et pour des problèmes urinaires liés à sa prostate, consulte son médecin traitant pour une gêne mal définie en regard de l'estomac. La docteure écoute les plaintes de son patient et fait en sorte que Mr X puisse exprimer ses craintes et ses attentes de cette consultation. Elle lui fait préciser les caractéristiques et les circonstances d'apparition de la douleur. Elle pratique un examen clinique adapté à la situation. A l'issue de cet examen, elle informe Mr Y que l'examen clinique est rassurant et complète la consultation par un électrocardiogramme. Celui-ci est normal. Le médecin informe alors son patient de la nécessité de réaliser une fibroscopie. Il la programme en accord avec son patient. Il vérifie avec Mr Y ce qu'il retient de cette consultation et s'il a des questions supplémentaires



M^{lle} X
28 ans,

pacée, consultant son médecin traitant depuis l'adolescence vient pour des maux de ventre qu'elle qualifie d'« horribles » et qui l'angoissent. L'examen clinique retrouve un abdomen globalement sensible, sans autre signe d'alarme. Le reste de l'examen est normal. Le médecin connaît bien l'histoire médicale de sa patiente et sa capacité à « somatiser » des stress professionnels ou conjugaux. Il peut orienter le dialogue vers les problèmes posés par les conditions de travail ou sa relation avec son ami. Dans la même séance, le médecin évalue l'efficacité de son traitement pour l'asthme qu'il suit également. Cette consultation est l'occasion de rappeler le prochain frottis vaginal, qu'il réalisera au cabinet au moment du renouvellement de la prescription de pilule contraceptive. En 2009, plus de la moitié des prescriptions contraceptives ont été réalisées en médecine générale (Données CNAMTS 2009)

Le médecin traitant gère la prise de risque

intrinsic aux décisions les plus adaptées à la situation de son patient. Il juge de l'opportunité et de l'utilité d'examens complémentaires ou de recours à d'autres professionnels de santé. Il en informe son patient, négocie avec lui un plan de soins ou de prévention. Il s'assure de la bonne compréhension des messages délivrés.

C'est un médecin spécialiste formé à l'approche globale des patients

Il suit ses patients dans la durée d'une relation personnalisée qui se construit au cours de contacts répétés au fil du temps. Le médecin traitant connaît le contexte familial, culturel et socioprofessionnel du patient. Il prend en compte et gère simultanément tous les problèmes de santé du patient dans le respect de son autonomie, les hiérarchise et assure la synthèse de toutes les informations.



Mais que fait mon médecin traitant ?

Il est au centre de la cohérence de la coordination des soins⁴

Non seulement le médecin traitant agit personnellement, mais il fait également intervenir d'autres professionnels de santé selon les besoins et les ressources locales et travaille en coordination avec les autres acteurs de soins. Il participe, lorsqu'ils sont accessibles, aux différents réseaux de proximité, il réalise la synthèse des différentes informations et évalue les résultats de l'action coordonnée des différents acteurs.

C'est au médecin traitant que la loi a attribué le rôle d'orientation du patient dans le système de soins et d'organisation, de gestion et de coordination du parcours du patient.

**M^{me} D
78 ans,**

hypertendue, avec un taux de cholestérol trop élevé et souffrant d'un diabète de type 2, vient à la consultation annuelle de synthèse de son diabète. Elle sait qu'au cours de cette consultation de bilan, son médecin traitant (qui est une femme) prendra avec elle les éléments de son dossier et les recommandations de prise en charge du diabète. Le médecin traitant vérifie avec elle sa compréhension de sa maladie et s'enquiert des problèmes qu'elle a rencontrés : elles font ensemble le point sur les problèmes posés par l'alimentation compte tenu des exigences du mari de la patiente, et les activités physiques qu'elle est en capacité de faire. La patiente oublie t-elle son traitement ? Ressent-elle des effets qu'elle attribue aux médicaments ? Le médecin traitant programme avec la patiente le plan de soins pour l'année à venir. Elle rédige un courrier pour le cardiologue (bilan cardiovasculaire à faire en juin), un courrier destiné à l'ophtalmologue (un fond d'œil à réaliser dans 8 mois) et un autre courrier pour le podologue (à consulter tous les 3 mois). Le bilan biologique est prescrit pour le mois suivant. Devant les difficultés que la patiente rencontre à gérer son traitement, il est convenu d'avoir recours à une infirmière que le médecin appellera pour évoquer la situation....

1 Ref : ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Service évaluation des pratiques juin 2003.

2 Ref : Article 45 du code de déontologie médicale Décret 95-1000 du 6 septembre

**M^r F
42 ans,**

mécanicien, vient en consultation pour un lumbago. En l'absence de son médecin traitant, c'est l'associée qui le reçoit. Il s'agit du 3^{ème} épisode en 8 mois. Dans le dossier sont notés les résultats des radios du rachis réalisées 3 ans plus tôt sans particularité et d'un scanner du rachis lombo sacré normal, réalisé il y a 1 an lors d'une poussée de sciatique. Compte tenu de ce dossier documenté, il est décidé en accord avec le patient de ne pas réaliser de nouveaux examens car ils n'apporteront pas d'éléments nouveaux.

Le médecin traitant a pour mission d'assurer la continuité des soins

Le médecin traitant doit répondre à la nécessité de mettre en place un processus de soin efficace, coordonné et adapté au patient. Dans ce cadre, la qualité de la tenue du dossier médical par le médecin traitant, son remplaçant ou ses associés est un élément essentiel de la démarche qualité qui entend assurer efficacité, sécurité et continuité des soins. Tout médecin doit « tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques »².

Le dossier médical vise à permettre à tout moment une vision des événements de santé du patient, aux décisions prises, aux traitements proposés, indispensables à un suivi dans le temps. Quand le patient déménagera, les éléments de ce dossier pourront être transmis au nouveau médecin traitant désigné par le patient.

Note : la « continuité des soins » et la « permanence des soins » sont des concepts différents. La permanence des soins est désormais organisée par les Agences Régionales de Santé. C'est une mission de service public assurée en fonction des besoins de la population de la région et des moyens que l'Etat et l'Assurance Maladie ont décidé de mettre en place. Le médecin traitant peut y participer, de façon volontaire, en sus d'horaires de travail déjà importants.



Mais que fait mon médecin traitant ?

C'est un professionnel de la santé assumant des missions de santé publique. En effet le médecin traitant est impliqué à de multiples niveaux dans les actions de santé publique.



Le suivi des nourrissons et leur vaccination

**M^{me} F
23 ans,**

amène Mathilde pour la visite du 1^{er} mois. Le médecin traitant réalise l'examen du premier mois, qui est normal, et répond aux demandes de la maman concernant l'allaitement, la nécessité ou non de compléter par des biberons de lait maternisé et les modalités des soins d'hygiène du nourrisson. Au cours de la consultation, son médecin traitant aborde la question du calendrier vaccinal. Il prend le temps d'informer la maman sur les vaccinations à programmer, lui explique pourquoi les faire et les effets indésirables possibles. Il note sur le carnet de santé les dates recommandées des vaccins et examens obligatoires. La majorité des certificats du 24^{ème} mois sont établis par les médecins généralistes

Le dépistage « organisé » de certains cancers (sein, côlon, col utérin)

**M^{me} R
52 ans,**

consulte son médecin traitant pour une rhinopharyngite. Une fois ce problème pris en charge, le médecin traitant en profite pour lui parler du dépistage du cancer du col, du sein et du côlon. Il lui demande si elle a réalisé les tests recommandés, ce qu'elle n'a pas fait. Il engage une discussion sur les avantages et inconvénients à réaliser ces dépistages et lui fixe un rendez vous pour un examen des seins et gynécologique au cours duquel sera réalisé un frottis et lui sera remis le matériel nécessaire pour l'hémocult.

La vaccination des adultes

**M^r D
67 ans,**

diabétique, bronchitique chronique vient consulter son médecin pour une toux grasse avec fièvre. Pendant la consultation son médecin vérifie ses vaccins. M^r D ne s'est pas fait vacciner cette année ni pour la grippe H1N1, ni pour la grippe saisonnière. Il n'est pas revenu au printemps comme conseillé lors de la dernière consultation pour faire son rappel de Pneumo 23 et le vaccin antitétanique. Le médecin prend un temps pour expliquer au patient les enjeux des différentes vaccinations étant donné les maladies qu'il présente.



Mais que fait mon médecin traitant ?

C'est un medecin qui accompagne ses patients

Le médecin traitant accompagne les aidants des patients atteints de maladies chroniques, de maladies handicapantes, de maladies graves.



**M^{me} G
65 ans,**

vient à la consultation car elle a de plus en plus de difficultés à s'endormir. Le médecin traitant qui la connaît bien lui demande des nouvelles de son mari : « cela devient compliqué docteur, il m'empêche de dormir, il est de plus en plus exigeant souvent de mauvaise humeur, il ne veut plus rien faire. Je dois être toujours à la maison car j'ai peur, si je m'absente, qu'il ne tombe en voulant aller aux toilettes... et puis je vais bientôt devoir l'aider à faire sa toilette et cela me fait peur ». Après avoir entendu sa patiente le médecin lui propose des mesures pour l'aider : le passage d'une auxiliaire de vie pour la toilette et la soulager dans les tâches ménagères, un infirmier pour s'occuper des médicaments. Il évoque avec elle le côté financier et lui parle de l'APA qui permettrait probablement des aménagements dans la maison pour faciliter le maintien à domicile de son époux. Il voit avec M^{me} G comment elle pourrait s'organiser pour prendre un peu de temps pour elle. Enfin il lui fixe un rendez vous un mois plus tard pour voir si cette organisation est suffisante.

C'est un medecin de prévention

Le médecin traitant peut aussi être l'initiateur d'une **prévention « individuelle » organisée**.

Il peut proposer par exemple une action de dépistage de certains cancers pour les patients n'entrant pas dans le champ de la campagne nationale (patients de plus de 50 ans). Il utilise alors un logiciel gratuit élaboré par la Société Française de Médecine Générale et accessible sur son site Internet, le DEPICAN, qui l'aide à décider d'une stratégie de dépistage pertinente au regard des données de la science.

**M^{lle} T
31 ans,**

vient consulter son médecin traitant pour le renouvellement de la pilule contraceptive. Au cours de l'entretien, son médecin réactualise son dossier, notamment les antécédents médicaux de la famille. Elle lui annonce que sa mère a fait un cancer du sein à 45 ans. Le médecin traitant s'aide du logiciel Depican pour calculer le risque présenté par sa patiente et pour organiser le suivi de cette jeune femme avec les consultants adéquats



Mais que fait mon médecin traitant ?

Le médecin traitant peut participer à la recherche épidémiologique en médecine générale³

Nombre de médecins traitants ont recours à l'informatique pour tenir le dossier médical de leurs patients. Sous certaines conditions liées au logiciel utilisé, il leur est alors possible d'adresser, de façon totalement anonyme et sécurisée, les données médicales concernant leur activité à l'Observatoire de la Médecine Générale (omg.sfm.org) de la Société Française de Médecine Générale. L'OMG est une base de données médicales anonymisées, alimentée en continue par des médecins généralis-

tes bénévoles. L'OMG permet aux cliniciens chercheurs de faire de la recherche épidémiologique en médecine générale afin de mieux connaître la discipline et à terme d'améliorer la qualité des soins apportée aux patients. Ces données sont accessibles gratuitement à tous médecins, patients et institutionnels, sur le site de l'OMG. D'autres actions de recherche sont menées en médecine générale par des médecins généralistes, notamment dans les départements universitaires.



Le médecin traitant peut former des futurs médecins généralistes

Les Lois de 2004 ont attribué au médecin traitant un rôle de formateur pour la génération à venir. Il est possible, voire souhaitable, que votre médecin traitant spécialiste en médecine générale, ai répondu à l'appel de l'université de votre région pour devenir « enseignant clinicien ambulatoire ». Dans ce cas, il accueille dans son cabinet des étudiants en médecine (des femmes dans leur grande majorité) ayant au moins 4 ans d'expérience pour les externes et huit pour les internes et guide leurs premiers pas dans l'exercice ambulatoire de cette spécialité du premier recours².

**M^r H
45 ans,**

vient à la consultation pour le suivi trimestriel de son hypertension. Il n'a pas fait attention à l'affiche de l'Université accrochée dans la salle d'attente. Aussi est-il surpris de voir son docteur habituel accompagné d'une jeune femme. Son médecin lui explique qu'il a été nommé « Maître de stage » par le Département de Médecine Générale de l'Université et qu'il accueille et forme des étudiants en médecine qui souhaitent se spécialiser en médecine générale. Il lui présente M^{lle} R. Elle est interne de huitième année. Elle voudrait s'installer plus tard dans un cabinet de groupe avec d'autres consœurs. Elle fait son premier stage de médecine générale de 6 mois dans trois cabinets différents et fera son deuxième stage de six mois à la fin de ses études. Il informe également Monsieur H que celui-ci peut, s'il le souhaite, préférer que l'étudiante n'assiste pas à cette consultation. En fait Mr H est ravi de voir que des jeunes se forment à la médecine générale et que son médecin traitant ait été choisi par l'Université. Il est content de cet échange entre le médecin « frais promu » et le médecin plus expérimenté à propos de son cas. Il est également satisfait à l'idée de participer avec son médecin à la formation de la jeunesse¹.



Mais que fait mon médecin traitant ?

Avec le vieillissement de la population, la part des patients porteurs de maladies chroniques va augmenter et donc celle du temps consacrée à la coordination. Celle de la prévention de ces maladies et de la santé publique augmentera également, alors que les soins pour maladie aiguës sont stables selon les âges en dehors des contextes épidémiques. La diminution prévue des lits hospitaliers et des possibilités de consulter à l'hôpital, celle du nombre de pédiatres et de gynécologues installés en libéral poussent également dans le sens de regroupements, vers l'amélioration du confort de travail, de la qualité des soins des offres de services plus diversifiées et des plateaux techniques performants disponibles à proximité. Encore faudra-t-il que l'Etat et les Caisses favorisent ces projets. En 2009, seuls 3 % du budget total des dépenses de Santé étaient alloués à la Médecine Générale, qui voit pourtant passer 80 % de la population française chaque année.

Il semble que ces futurs généralistes souhaitent majoritairement s'orienter vers des regroupements de généralistes, comme cela a été le cas en Angleterre ou en Hollande, en partenariat avec d'autres acteurs de soins primaires (infirmière, psychologue, kinésithérapeute, diététicienne) voire avec d'autres spécialités médicales, pour une meilleure efficacité médicale et une meilleure qualité de vie du médecin.

1 Dossier médical en médecine générale : du soin à la recherche JL Gallais 1994

2 Guide de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale

3 (www.omg.sfm.org, www.grog.org)

4 Loi HPST

5 Document Recherche en Médecine Générale n° 53 SFMG éditeur





Quels sont les revenus libéraux de vos médecins traitants ?

Votre médecin généraliste exerce dans l'immense majorité des cas dans le cadre libéral. A ce titre, il assume les CHARGES de son entreprise de santé dont la part la plus importante est représentée par ses cotisations sociales, le salaire et les charges de ses employés, le loyer de son cabinet et ses frais de déplacements. Ces charges représentent en moyenne 46 % du prix de la consultation (BNC 2003).

Le système de rémunération des généralistes français repose encore pour 94 % de ses honoraires de soin sur la rémunération à l'acte (Frechou et Guillaumat-Tailliet 2009). La valeur de l'acte n'est liée ni à l'expérience du médecin, ni à ses efforts de formation ou d'organisation du cabinet, ni à la durée ou la difficulté de la consultation ou de la visite, ni au travail administratif qu'elle génère, ni au temps de coordination avec les autres intervenants qui vous soignent.

De ce fait, les médecins généralistes en France travaillent en moyenne 55 heures par semaine pour les hommes et 44 heures pour les femmes, alors qu'ils sont majoritairement âgés de plus de cinquante ans. Le nombre d'actes réalisés chaque année par médecin généraliste est variable selon le nombre de médecins

La valeur de la consultation du médecin généraliste est fixée par la Caisse Nationale Assurance Maladie et en mars 2010 celle-ci l'estimait à 22 €, valeur la plus faible d'Europe. En regard, le temps moyen de consultation du généraliste est de 16 mn, le temps de consultation le plus long d'Europe après la Suède. Au total, le revenu moyen des médecins généralistes après paiement des charges est inférieur à 30 € par heure.

installés dans une commune ou dans une même région, de l'organisation ou non en cabinet de groupe, de son ancienneté d'exercice (Breuil Genier 2003) et selon qu'il est un homme ou une femme. La moyenne nationale annuelle est de quelques 5 000 consultations et visites. Au delà de 7 500 actes par an, l'Assurance maladie estimait en 2004 qu'il était difficile de garantir un comportement raisonnablement prudent et consciencieux et une certaine qualité des soins.



Ref. : Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 35 n° 1 / janvier-mars 2004.



Globalement les **revenus des généralistes sont parmi les plus bas d'Europe occidentale** et participent sans doute également à une réorientation massive des jeunes vers le salariat.

Niveau de revenus des généralistes selon le pays

Suède	France	Suisse	Pays-Bas	Allemagne	Royaume-Uni	Etats-Unis
2,2	2,8	3,2	3,5	3,7	3,8	4,4

En France en 2005 le revenu moyen des médecins généralistes représentait 2,8 fois le PIB par habitant ; en Allemagne et au Royaume uni 3,7 à 3,8 fois, pour des horaires de travail nettement inférieurs (OCDE). L'écart s'est creusé depuis.



Votre bibliographie

→ Pour faciliter votre recherche

- 1 – **WONCA.** La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA-EUROPE 2002
- 2 – **Bourgueil Yann, Marek Anna, Mousques Julien.** Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? IRDES Questions d'Economie de la Santé 127, Novembre 2007
- 3 – **Gallais Jean-Luc et coll.** Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicale et sociale. DRMG-SFMG, 1994, n°43
- 4 – **SFMG.** « Zoom sur la médecine générale » 2003, Edition IAI-Médicatlas
- 5 – **Rhizome.** « La médecine générale à corps et à cris ». Mars 2006
- 6 – **Kandel Olivier, Duhot Didier, Very Gérard, Lemasson Jean-François, Boisnault Philippe.** Existe-t-il une typologie des actes en médecine générale ? Revue du Praticien Médecine Générale - tome 18, n°656/657, 07/05/2004, 781-84p
- 7 – **Collectif.** Course d'obstacles pour les soins de santé primaires. Santé conjugulée. Juillet 2006, n°37, 115 pages
- 8 – **Lancry Pierre-Jean.** Conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport au Ministre de la Santé, MSA. Février 2007
- 9 – **Collectif.** Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier, sous l'égide du CNGE. Mars 2009
- 10 – **Pineault Raynald, Levesque Jean-Frédéric, Roberge Danièle, Hamel Marjolaine, Couture Audrey.** Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience des soins de la population. Québec Agence Nationale de la Santé et des services sociaux. Juillet 2008
- 11 – **Société Française de Santé Publique.** « Médecine générale et santé publique » et « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes » Juin 2008
- 12 – **Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier.** Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. EHESP 2010