

TOME 1

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 1

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le rapport 2006-2007



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

TABLE DES MATIÈRES

9 INTRODUCTION

13 PRÉAMBULE

14 TOUS LES DIPLÔMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE N'EXERCENT PAS LA MÉDECINE DE PROXIMITÉ

14 Les effectifs des omnipraticiens, selon les sources administratives

15 Le nombre de médecins généralistes libéraux de premier recours n'a pas augmenté sur la période 1995-2005

17 La répartition des médecins généralistes libéraux est inégale selon les départements

19 Un grand nombre de diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

19 *Les compétents*

20 *Les médecins généralistes en milieu hospitalier*

20 *Les médecins à exercice particulier (MEP) : une stabilité des effectifs*

24 *Les médecins à exercice particulier (MEP) : une part plus importante en exercice salarié*

25 L'APPRÉCIATION DU POTENTIEL D'OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE SUPPOSE UNE PRISE EN COMPTE FINE DE L'ACTIVITÉ DES PRATICIENS

25 Une estimation de l'offre de soins de médecine générale libérale à partir des données de l'Assurance maladie

28 L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

28 L'intérêt d'un suivi rapproché des effectifs : illustration sur une région, la Basse-Normandie

31 L'ORIENTATION DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX

31 Les généralistes selon le secteur de conventionnement

33 La patientèle selon l'orientation de l'exercice

33 La part des actes cliniques est très majoritaire, mais les MEP ont une activité technique plus importante que leurs collègues généralistes libéraux de premier recours

37 *Les acupuncteurs sont significativement plus âgés que les généralistes de premier recours*

37 *Les homéopathes ont une activité clinique élevée*

38 INVENTAIRE DES FORMATIONS ACCESSIBLES AUX MÉDECINS TITULAIRES D'UN DIPLÔME DE MÉDECINE GÉNÉRALE

39 Les possibilités ouvertes aux diplômés de médecine générale pour acquérir une autre spécialisation ou une autre compétence

39 *Les parcours accessibles sur concours*

41 *Les parcours accessibles hors concours*

44 *Les effectifs d'internes de médecine générale inscrits dans des formations complémentaires*

46 *Le stage de 2^e cycle chez le praticien*

48 LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ

48 La diversité de l'activité des médecins généralistes

48 *Le pourcentage d'assurés ayant choisi leur médecin traitant varie de 64 % à 85 % selon les départements*

50 *Des différences de pratiques des médecins généralistes libéraux sont mises en évidence dans la plupart des travaux*

51 *La diversité, si elle n'est pas occultée, ne paraît pas contradictoire avec la définition de missions unificatrices de la spécialité*

52 **L'exercice isolé, qui domine aujourd'hui largement la médecine générale, n'apparaît plus comme un modèle privilégié**

53 Les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe dans le secteur libéral

54 *De nombreuses imprécisions compliquent l'identification des professionnels qui pratiquent un exercice en mode regroupé*

55 *L'environnement réglementaire et fonctionnel de l'exercice en groupe de la médecine générale*

55 *L'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe*

57 *L'exercice de la médecine générale en structures de soins autorisées ou agréées*

58 *Les évolutions de la réglementation*

58 *Les mécanismes incitatifs à l'exercice en groupe de la médecine générale*

61 **Les déterminants et les enjeux du regroupement des professionnels de santé en médecine de premier recours**

62 *Certains des obstacles au regroupement des professionnels de santé ont été levés, mais les effets de ces évolutions ne peuvent encore se traduire quantitativement*

62 *Une faible reconnaissance institutionnelle freine le développement du regroupement des professionnels de santé*

63 *L'absence de « mesure » de l'efficacité des pratiques développées dans un cadre regroupé n'est pas spécifique à ce mode d'exercice*

64 **Les voies permettant une plus grande compatibilité entre exercice plus collectif des soins et le système de reconnaissance des actes**

67 QU'ATTEND-ON DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

68 Les définitions retenues par les institutions en charge de la santé

68 *Les institutions extranationales*

70 *En France, les définitions institutionnelles et législatives de la spécialité de médecine générale ne sont pas toujours (ou pas encore) concordantes*

71 *L'insuffisance de la définition du premier niveau de recours est très unanimement soulignée*

73 *Les spécialistes en médecine générale : des spécialistes comme les autres ?*

75 *Les singularités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités ont pu être intégrées dans la définition de la filière universitaire*

77 POINTS DE VUE

79 Pour les représentants de la médecine générale, la multiplication des possibilités de spécialisation ne contribue pas à clarifier le paysage de l'offre de soins médicale

80 La plupart des médecins spécialistes envisagent une plus grande implication des médecins généralistes dans la prévention et le suivi des patients

80 Le point de vue des représentants des internes en médecine générale (ISNAR-IMG)

80 *Une nécessaire mutation du métier de médecin généraliste*

82 *Réorganiser pour sauvegarder une médecine générale de proximité*

84 Le point de vue des représentants des patients (CISS)

84 *Un accès et une disponibilité des médecins généralistes jugés parfois insuffisants*

84 *Les attentes exprimées correspondent à la définition du médecin généraliste comme médecin de famille*

85 *Les pistes de réflexion proposées*

87 CONTRIBUTIONS

89 Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale

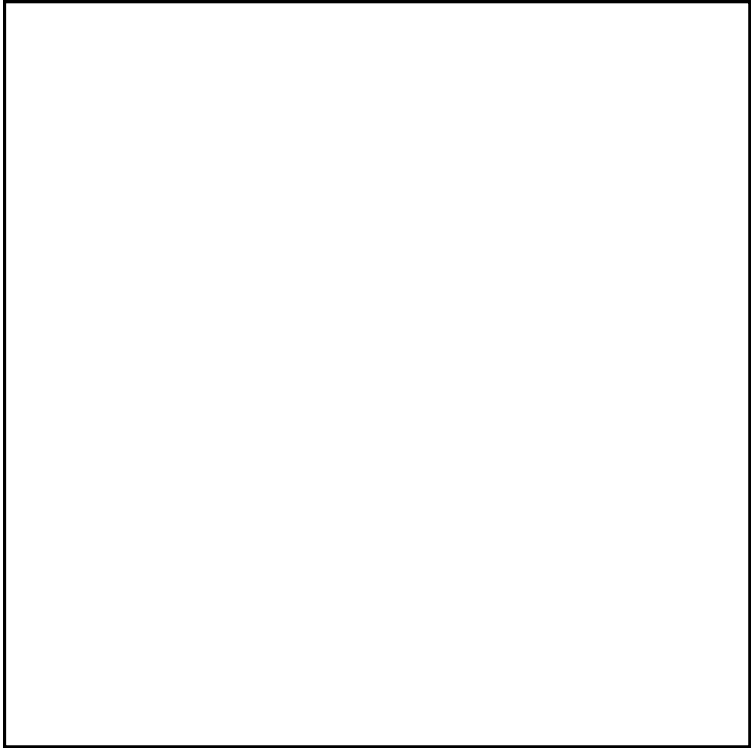
F.-X. Schweyer

137 Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence

G. Bloy

175 LES CONTRIBUTEURS

LA MÉDECINE GÉNÉRALE





Introduction

Cette spécialité médicale constitue, depuis la loi du 13 août 2004, le « pivot » du parcours de soins. Pourtant, la disponibilité des effectifs qui se consacreront à la médecine générale dans sa composante médecine de premier recours n'est pas acquise. Les travaux conduits cette année et dont ce rapport présente la synthèse ont eu pour objectif d'éclairer cette question.

Une difficulté de l'exercice est relative à la délimitation de ce qu'il convient d'appeler la médecine de premier recours ou de soins primaires. S'agissant des médecins, l'ONDPS a, dans ses travaux antérieurs, généralement fait coïncider ce champ avec celui des médecins généralistes exerçant en secteur libéral ambulatoire. Ce parti pris présente une pertinence certaine puisque ce sont essentiellement ces médecins qui assurent une présence médicale de proximité auprès des populations. Cette optique, qui est retenue dans l'analyse conduite cette année, n'a toutefois pas exclu de la réflexion la possibilité d'une réalité plus contrastée des soins primaires. Il est d'abord vraisemblable que des soins primaires sont dispensés par le secteur hospitalier ou par des médecins généralistes salariés dans certains cas. Il est aussi certain que pour certaines populations, par exemple les femmes et les enfants, les gynécologues et les pédiatres dispensent des soins considérés comme primaires. Enfin, pour les patients atteints d'affection de longue durée (ALD), ils peuvent être assurés par le médecin spécialiste de l'affection.

La question principale qui a guidé les travaux engagés cette année par l'Observatoire concerne la disponibilité actuelle et future de médecins susceptibles de dispenser des soins de premier recours. En dépit du nombre important de postes d'internes en médecine générale ouverts ces quatre dernières années, trois constats alimentent les interrogations à cet égard.

- En premier lieu, on doit rappeler que le nombre de diplômés de médecine générale ne garantit pas la disponibilité des médecins de famille, c'est-à-dire de ceux dont l'orientation de l'exercice permet la mise en œuvre de la réforme. Les exercices libéraux qui ne correspondent pas à une activité de médecine de soins primaires concernent aujourd'hui environ 40 % des diplômés de médecine générale. Les exercices particuliers (MEP) ou spécialisés sont facilités par les passerelles universitaires qui permettent d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée (exemple, DIU de médecine physique et de réadaptation). Il existe des passerelles hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital en médecine d'urgence ou en gériatrie, ou même dans

le cadre de la spécialité de psychiatrie. Des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité les favorisent notamment.

Sans avoir forcément acquis les compétences au sens réglementaire, ni déclaré leur nouvel exercice spécialisé, nombre de généralistes salariés exercent désormais en oncologie, psychiatrie, néphrologie, gériatrie... Des médecins généralistes libéraux ont pour leur part opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture). Dès lors, l'ensemble de ces médecins généralistes ne participent pas, ou pas à temps plein, à l'offre de soins telle que la définit la réforme du « médecin traitant » et telle que l'envisage le parcours de soins.

Ce constat prend toute son acuité à l'issue des travaux menés cette année. Il ressort en effet de l'examen de la situation de la médecine générale sur une période de dix ans (1995-2005) que les effectifs ont, au total, augmenté de 6,9 %, contre 14,8 % pour les autres spécialistes mais que cette croissance a principalement profité aux généralistes salariés (+29%), au détriment des généralistes ayant un exercice libéral et mixte. Les effectifs de cette dernière catégorie sont restés stables sur cette période, alors qu'elle regroupe *a priori* les médecins généralistes appelés à remplir la fonction de « médecin traitant ».

- On peut relever ensuite que l'augmentation importante du nombre de postes ouverts à l'internat depuis plusieurs années aboutit à un résultat mitigé, puisque un grand nombre d'entre eux ne sont pas pourvus. La prudence s'impose certes dans l'interprétation de ce phénomène¹. Mais on doit constater que l'accès de la médecine générale au rang de spécialité et les comportements de choix observés depuis quatre ans, au moment des épreuves classantes nationales (ECN), ne devraient pas permettre, au moins avant une certaine période, de retrouver le niveau des effectifs qui caractérisait le résidanat. L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions. Le nombre d'internes par rapport au nombre de résidents a parfois été divisé par deux en l'espace de trois ans² (le résidanat correspond au 3^e cycle avant la réforme).

- Enfin, la possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC permet une réorientation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cela confortera sans doute la tendance déjà à l'œuvre (du fait de l'existence des capacités et diplômes universitaire [DU]) à un exercice différent de celui de médecin de premier recours.

L'Observatoire s'est attaché cette année, d'une part, à établir un état des lieux et, d'autre part, à examiner la portée des facteurs couramment avancés pour expliquer

1. Cf. Vanderschelden M., *Les Affectations des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2007*, tome II de ce rapport.

2. Par exemple, dans une région qui disposait de 45 résidents de médecine générale affectés chaque année en première année du troisième cycle des études médicales avant 2004, 14 postes seulement ont été pourvus en 2005. Dans un autre cas, les effectifs, passent de 119 à 54.

ce qui est présenté comme une désaffection de la médecine générale. Les professionnels et les étudiants en médecine, en particulier, mettent en avant trois types d'arguments :

- la méconnaissance du métier induite par l'organisation actuelle des parcours d'étudiants et par l'insuffisance des stages de médecine générale ;
- la pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires, contraintes d'autant plus lourdes qu'un professionnel est isolé et compense par sa suractivité les faiblesses de l'offre alentour ;
- le manque de perspectives et de possibilités d'évolution de carrière qui explique que, pour se ménager une seconde carrière, certains généralistes s'orientent vers un exercice hospitalier hors de la médecine générale, d'autres vers la santé publique ou la médecine du travail, certains enfin vers un exercice libéral particulier.

Ce tome rassemble les travaux menés cette année dans le cadre d'un groupe de travail, dont les trois constats formulés plus haut ont guidé la réflexion collective.

Le premier constat, selon lequel tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours, a conduit à réaliser un état des lieux permettant une approche des effectifs de médecins généralistes en situation de dispenser des soins de premier recours. Les trois premiers chapitres y sont consacrés.

Un inventaire des possibilités de formation permettant aux médecins généralistes d'exercer une autre activité que celle de médecin de premier recours est présenté dans le quatrième chapitre. Une attention particulière est portée aux diplômés qui ont permis par le passé, et/ou qui permettent aujourd'hui un exercice autre que celui de premier recours.

Un recensement des formations complémentaires suivies, et de celles qui sont, plus récemment, devenues accessibles aux diplômés de médecine générale, a été réalisé, ainsi qu'un premier recensement des effectifs qui suivent ces cursus.

Le cinquième chapitre s'attache à l'examen de la diversité des conditions d'exercice. L'analyse est plus particulièrement focalisée sur les caractéristiques et les modalités de l'exercice permettant le regroupement des médecins et, plus largement, des professionnels de santé. La montée de cette question dans le monde médical et dans le débat public justifie ce parti pris. Les modalités d'exercice semblent en outre constituer une dimension à partir de laquelle un certain nombre des problèmes qui spécifient l'activité des médecins de famille peuvent être mis en évidence.

Le sixième chapitre explore les attentes collectives qui sont formulées à l'égard du médecin généraliste. L'examen conduit permet d'abord de prendre la mesure des discordances, voire des contradictions, qui entourent les définitions, même lorsqu'elles se présentent comme des repères institutionnels pour les pratiques de soins comme par exemple le « médecin traitant » ou le « parcours de soins ».

Deux contributions complètent l'analyse.

Dans la première contribution, François-Xavier Schweyer présente et synthétise les résultats des enquêtes sur les souhaits des jeunes médecins. La multiplication et la relative convergence des résultats permettent de mieux apprécier les leviers susceptibles d'améliorer l'exercice, du point de vue des futurs professionnels.

Du fait de la fréquence et de l'évidence que revêt aujourd'hui l'impératif de revalorisation de la médecine générale, la nécessité d'une réflexion sur l'origine et le

contenu de cette réelle ou supposée moindre valeur s'est imposée au fil des séances. La contribution de Géraldine Bloy mobilise les travaux de recherche en sciences sociales, pour faire ressortir, à travers l'histoire de l'institution médicale, les principales scènes et les différents moments révélateur de la construction de cette « valeur » de la médecine générale.

La composition du groupe de travail figure en annexe.

P réambule

Les médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont habituellement appelés médecins généralistes. Depuis l'avènement en 2004 des épreuves classantes nationales (ECN), les médecins généralistes sont à la fin de leur cursus (bac + 9) titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) et donc spécialistes de médecine générale. Les médecins généralistes titulaires du diplôme avant la réforme peuvent faire la demande auprès du Conseil de l'Ordre de l'équivalence de leur diplôme avec celui de médecin spécialiste.

L'ensemble des médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont regroupés, dans les recensements administratifs ou ordinaires, soit sous l'appellation d'omnipraticiens, soit sous l'appellation de médecins généralistes. L'ensemble des médecins ainsi identifiés n'est pas pour autant homogène, du point de vue de l'offre de soins. Les métiers exercés par les médecins titulaires du diplôme de médecine générale sont multiples. Un des objectifs du rapport est d'en rendre compte. Aussi, afin de faciliter la compréhension des lecteurs nous souhaitons apporter quelques précisions de langage.

Les omnipraticiens peuvent avoir un exercice libéral, un exercice salarié ou un exercice mixte. Les données utilisées pour présenter la répartition entre ces modes d'exercice sont issues du fichier ADELI et du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Les omnipraticiens peuvent avoir un exercice salarié notamment en établissement hospitalier en exerçant en tant que médecin généraliste ou médecin titulaire d'une compétence, médecin urgentiste par exemple.

Dans ce rapport, nous réserverons l'appellation de médecins généralistes de premier recours à ceux, parmi les omnipraticiens libéraux, qui exercent le plus sûrement une médecine de premier recours. Les données recueillies par l'Assurance maladie permettent de les identifier car elles les distinguent des omnipraticiens qui déclarent un exercice spécifique. Ces derniers, qualifiés de médecins à exercice particulier (MEP) sont des médecins qui déclarent un exercice spécifique, tel l'acupuncture et l'homéopathie, ou des médecins généralistes exerçant une discipline pour laquelle ils ont été qualifiés du fait de l'acquisition d'une compétence, médecin du sport par exemple.



ous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

À partir des données démographiques recensant les effectifs de l'ensemble des médecins titulaires du diplôme de médecine générale (omnipraticiens), on tente, dans cette première partie, de dénombrer la part de ceux qui assurent auprès des populations une présence de premier recours. Du fait notamment de l'absence de données informant conjointement sur le diplôme et l'activité exercée, il est actuellement impossible d'identifier de façon certaine les médecins généralistes dispensant des « soins de premier recours » ou « primaires ». De façon forcément approximative, on ne peut qu'estimer, parmi les diplômés en médecine générale, la part de ceux qui n'exercent vraisemblablement pas, ou pas à temps plein la médecine générale libérale de premier recours.

Les effectifs des omnipraticiens, selon les sources administratives

Au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADELI recense 104 007 omnipraticiens. À la même date, le fichier du Conseil national de l'Ordre en recense 107 073. La différence provient notamment du fait que, dans ADELI, les effectifs des omnipraticiens n'intègrent pas les médecins compétents exclusifs, alors que ces médecins sont comptés comme omnipraticiens dans le fichier de l'Ordre, car ils ne sont pas « qualifiés spécialistes¹ ».

Toutefois, une différence de 3 178 praticiens subsiste entre les deux sources, même si l'on adopte un champ comparable (tableau 1).

Selon les données du CNOM, au 1^{er} janvier 2007, l'effectif total des omnipraticiens en activité régulière est de 96 889², nombre quasi identique à celui de l'année précédente. Les femmes représentent 38 % des effectifs et sont majoritaires chez les généralistes de moins de 40 ans. La densité moyenne est de 151 pour 100 000 habitants. La moyenne d'âge est de 51 ans pour les hommes et de 46 ans pour les femmes.

1. « Outre les qualifications conférées par les diplômes ou attribuées par l'Ordre des médecins, il existe la notion de « qualification des médecins spécialistes au regard de l'assurance-maladie ». Cela signifie que certains médecins sont considérés comme des spécialistes dans le cadre de la convention conclue entre les organismes de Sécurité sociale et les médecins spécialistes. Le ministre chargé de la Sécurité sociale a pris un arrêté le 1^{er} juin 1994 (JO du 19 août 1994) reconnaissant ce titre aux titulaires des compétences suivantes : gynécologie médicale, obstétrique, urologie, sous réserve que ces médecins exercent soit exclusivement une de ces compétences, soit simultanément deux d'entre elles, soit une ou deux d'entre elles et la chirurgie générale », extrait de la documentation d'ADELI.

2. Les médecins ont une activité régulière, selon le CNOM, s'ils sont installés et disposent d'une adresse professionnelle.

La répartition des omnipraticiens est inégalitaire selon une césure Nord-Sud qui perdure. L'évolution de leur nombre en fonction des régions montre un couloir Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Centre, Auvergne, qui se caractérise par une diminution des effectifs entre 2005 et 2006.

TABLEAU 1

EFFECTIF DES OMNIPRATICIENS AU 1^{ER} JANVIER 2007, FRANCE ENTIÈRE

	ADELI	Ordre (activité globale)*	ADELI-Ordre
Omnipraticiens	104 007	107 073	-3 066
Compétence exclusive en gynécologie médicale et/ou obstétrique	2 997		
Compétence exclusive en chirurgie urologique	79		
Reçus au concours national de praticien hospitalier	3 168		
Omnipraticiens au sens d'ADELI (omnipraticiens au sens de l'Ordre + compétents exclusifs + praticiens reçus au concours national de praticiens hospitaliers sans être qualifiés spécialistes)	110 251	107 073	3 178

* Les médecins en activité globale regroupent les médecins en activité régulière, les médecins non installés, c'est-à-dire les remplaçants et les médecins temporairement sans activité.

Le nombre de médecins généralistes libéraux de premier recours n'a pas augmenté sur la période 1995-2005

L'augmentation de 6,9% du nombre d'omnipraticiens enregistrée ces dix dernières années (période 1995-2005), recouvre des évolutions d'effectifs beaucoup plus favorables au secteur salarié (respectivement 29 et 19,6% pour les secteurs hospitalier et non hospitalier) qu'au secteur libéral et mixte (0,1%) (tableau 2).

TABLEAU 2

RÉPARTITION PAR SECTEUR ET ÉVOLUTION DE 1995 À 2005

Au 1 ^{er} janvier	1995	2005	Taux de croissance 1995-2005
Omnipraticiens	96 351	103 020	6,9%
libéral et mixte	69 608	69 703	0,1%
salariés hospitaliers	14 113	18 209	29,0%
salariés non hospitaliers	12 631	15 109	19,6%
Spécialistes	93 399	107 183	14,8%
libéral et mixte	48 705	53 767	10,4%
salariés hospitaliers	38 258	43 945	14,9%
salariés non hospitaliers	6 435	9 470	47,2%
Ensemble médecins	189 750	210 203	10,8%
libéral et mixte	118 313	123 470	4,4%
salariés hospitaliers	52 371	62 154	18,7%
salariés non hospitaliers	19 066	24 579	28,9%

Sources : répertoire ADELI.

La source permettant de connaître de façon la plus précise le nombre d'omnipraticiens libéraux de premier recours repose sur les informations recueillies par l'Assurance maladie, qui recense les médecins à partir des actes présentés au remboursement par leurs patients³. Selon cette sources, on peut distinguer, parmi les omnipraticiens libéraux, ceux qui exercent réellement une médecine générale (les généralistes) de ceux qui pratiquent une médecine spécifique (les MEP, médecins à exercice particulier). Le nombre d'omnipraticiens libéraux en France métropolitaine était de 60 975 au 31 décembre 2005 (tableau 3).

Ces données confirment, elles aussi, la quasi-stagnation des effectifs des généralistes libéraux sur la période considérée.

TABEAU 3

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ENSEMBLE DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	60 571	60 823	60 949	60 976	60 761	60 832	60 975	0,10%	0,20%
dont APE**	57 618	58 002	58 238	58 260	58 034	58 098	58 183	0,10%	0,10%
% APE	95,10%	95,40%	95,60%	95,50%	95,50%	95,50%	95,40%		

* Taux de croissance annuel moyen. ** APE : actif à part entière : professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans et non hospitalier à temps plein. Sources : SNIR-PS.

Ce constat se renforce si l'on tient compte du fait que, au sein de ces effectifs globaux d'omnipraticiens libéraux, les médecins généralistes actifs à part entière (APE) qui ne déclarent pas un mode d'exercice particulier voient même entre 2004 et 2005 leurs effectifs légèrement diminuer (tableau 4). L'intérêt de la catégorie des APE est qu'elle regroupe des effectifs qui ont *a priori* une activité de premier recours que l'on peut apprécier comme « pleine ». Rappelons que les APE correspondent, dans les données suivies par la CNAMTS, aux professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, qui ne sont pas hospitaliers temps plein, qui ne se sont pas installés dans l'année et qui ont moins de 65 ans.

TABEAU 4

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX QUI NE DÉCLARENT PAS UN EXERCICE PARTICULIER DE LA MÉDECINE

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	53 765	54 272	54 432	54 405	54 235	54 272	54 302	0,10%	0,10%
dont APE**	51 215	51 864	52 154	52 164	51 964	52 015	52 006	0,20%	0,00%
% APE	95,30%	95,60%	95,80%	95,90%	95,80%	95,80%	95,80%		

* Taux de croissance annuel moyen. ** APE : actif à part entière : professionnel conventionné, non installé dans l'année, ayant moins de 65 ans et non hospitalier à temps plein. Sources : SNIR-PS.

En conclusion, l'examen détaillé des données démographiques permet d'abord de mettre en évidence que l'augmentation globale de 10,8% des effectifs de médecins enregistrée sur la période 1995-2005 a davantage bénéficié aux médecins spécia-

3. La seule limite de ces données provient, d'une part, de l'absence de recensement des médecins pour les actes desquels les patients ne présentent pas de demande de remboursement. L'effet pourrait être une sous-estimation des effectifs des médecins à exercice particulier. Les effectifs recensés n'intègrent pas, d'autre part, les remplaçants, puisqu'ils ne disposent pas de feuilles de remboursement spécifiques, mais utilisent celles du médecin remplacé.

listes qu'aux omnipraticiens (6,9 % contre 14,8 %). Il ressort ensuite que l'augmentation des effectifs d'omnipraticiens sur cette période a surtout bénéficié au secteur salarié. Les effectifs des omnipraticiens libéraux de premier recours sont restés stables (+0,1 %). Les effectifs des autres spécialistes libéraux connaissent également une relative stabilité (0,6 %), avec cependant des augmentations plus marquées pour certaines spécialités (cardiologues, ophtalmologues, radiologues notamment⁴).

■ La répartition des médecins généralistes libéraux est inégale selon les départements

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. La densité varie de 74 praticiens pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 134 pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales. D'une manière générale, les médecins omnipraticiens sont plus nombreux dans le sud de la France. Les densités sont supérieures à 125 dans les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, les Hautes-Alpes et les Pyrénées-Orientales. *A contrario*, les départements où les densités sont les plus faibles (moins de 80) se trouvent dans le centre de la France et l'Île-de-France.

Dans le cadre du premier rapport de l'ONDPS, les commentaires régionaux rédigés par chaque comité avaient notamment permis de pointer les particularités qui peuvent localement réduire la portée de l'indicateur de la densité. Les caractéristiques géographiques (les zones de montagne, par exemple), l'âge ou l'état de santé des populations constituent notamment des éléments à prendre en compte⁵.

L'appréciation de l'offre de soins à travers la densité de médecins permet toutefois de disposer d'une photographie homogène du territoire, et elle constitue au moins une approche relative du potentiel. Pour apprécier la pérennité de cette offre, l'âge des médecins en activité constitue un éclairage indispensable. Les cartes qui suivent illustrent les variations départementales, en fonction de ces deux critères.

La prise en compte de la part des généralistes libéraux de premier recours (c'est-à-dire MEP exclus) âgés de 55 ans et plus fait apparaître que certains départements situés en bonne position, en termes de densité (carte 1) pourraient connaître du fait d'une part importante de médecin âgés de 55 ans et plus, une situation moins favorable à terme (exemples de l'Ariège, de la Creuse et de la Corrèze) [carte 2].

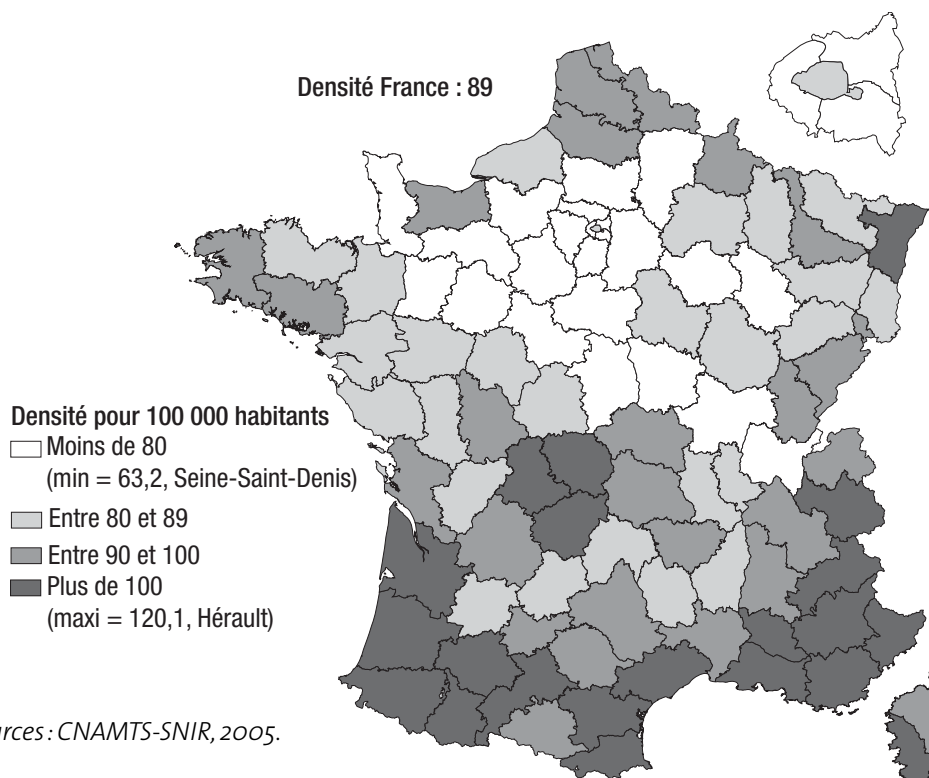
À l'inverse le Bas-Rhin et le Haut-Rhin se caractérisent aujourd'hui à la fois par des densités globales et un taux de généralistes libéraux de premier recours âgés de 55 ans et plus, plutôt favorables.

4. Bories-Maskulova V., « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005 », *Points de repère*, n° 13, CNAMTS, décembre 2007.

5. *Rapport ONDPS 2004*, tome IV, « Démographie régionale des professions de premier recours », La Documentation française.

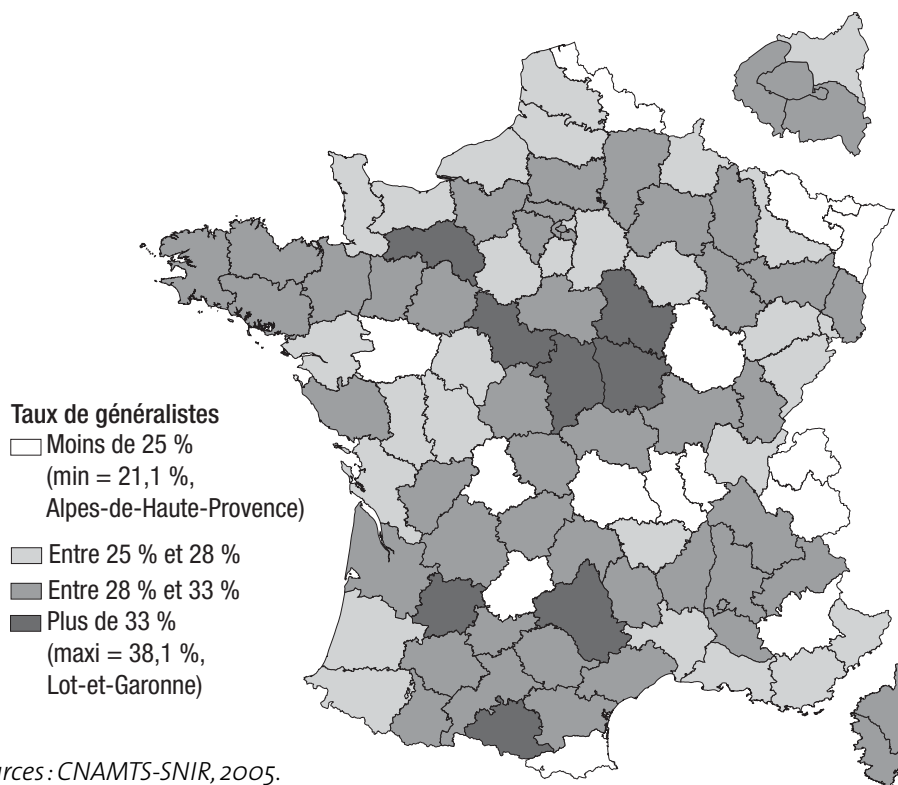
CARTE 1

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE PREMIER RECOURS PAR DÉPARTEMENT (SITUATION AU 31/12/2005, MEP EXCLUS)



CARTE 2

TAUX DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE PREMIER RECOURS DE 55 ANS ET PLUS PAR DÉPARTEMENT (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)



■ Un grand nombre de diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

Parce qu'ils détiennent des compétences spécialisées, ou parce qu'ils déclarent un exercice particulier, des médecins titulaires du diplôme de médecine générale peuvent choisir de ne pas exercer une médecine de premier recours. Acquérir une spécialisation présente plusieurs avantages pour un médecin généraliste. Cela lui permet bien sûr de se faire reconnaître comme spécialiste et de se constituer une patientèle en tant que tel, cela lui permet aussi d'avoir la possibilité de formuler une demande d'exemption de la permanence des soins.

Dans certains cas cependant, les compétences spécialisées acquises comme les orientations soignantes déclarées peuvent constituer des ressources permettant non pas de s'éloigner des soins primaires, mais au contraire de les dispenser à partir de connaissances plus approfondies dans certains domaines.

Avant que la médecine générale n'accède au rang de spécialité, de nombreuses possibilités ont permis un exercice spécialisé ou différent de celui de la médecine libérale de premier recours. Outre la déclaration d'un exercice particulier décrit précédemment, on peut citer l'acquisition d'une compétence et l'exercice hospitalier ouvert par certains statuts d'accueil. Enfin, une part élevée de praticiens en secteur 2 de conventionnement concourt généralement à une moindre disponibilité du praticien à dispenser des soins de premier recours.

■ ■ Les compétents

Parmi les diplômés de médecine générale, un certain nombre a acquis une ou plusieurs compétences complémentaires. On peut considérer qu'ils exercent dans la discipline correspondante, au moins partiellement, même si les données actuelles ne permettent pas de le confirmer.

La compétence était un titre délivré par l'Ordre national des médecins en application du précédent règlement de qualification (arrêté du 4 septembre 1970), aux praticiens dits « ancien régime » ayant débuté leurs études médicales avant la réforme de 1982. Ce titre était accordé après avis d'une commission ordinaire spécifique. Les compétences, dont la liste était fixée par arrêté, portaient soit sur des disciplines ne correspondant pas à des spécialités qualifiantes (médecine légale ou allergologie par exemple) soit sur des spécialités médicales, le praticien compétent ne pouvant l'exercer que dans le cadre de sa spécialité d'inscription à l'ordre. Certains praticiens pouvaient exercer leur compétence à titre exclusif comme une spécialité (cas de la gynécologie médicale ou de l'allergologie par exemple) voire coter leurs actes comme des actes de spécialistes en application d'accords conventionnels, alors même qu'ils n'étaient pas spécialistes mais compétents.

Les compétences ne peuvent plus être délivrées aux médecins issus du nouveau régime, c'est-à-dire ayant débuté leurs études à compter de l'année universitaire 1984-1985. Toutefois, pour ceux de l'ancien régime et à titre transitoire, le dépôt d'une demande de qualification était possible jusqu'au 31 décembre 2004 et ces praticiens peuvent s'en prévaloir jusqu'à la fin leur période d'activité professionnelle.

S'il n'est pas envisagé de revenir à la délivrance de ce type de titre aujourd'hui, les textes s'en tenant à la seule qualification de spécialiste (arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification, article L. 632-12 du code de l'éducation), les volumes de médecins pouvant se prévaloir de ce titre ne sont pas négligeables.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2007, parmi les 104 007 omnipraticiens recensés dans le fichier ADELI, 18 % détiennent une compétence autre que celle donnée par leur diplôme initial de médecine générale. Selon les données du Conseil de l'Ordre, sur les 107 073 médecins, 14 % sont dans ce cas. Le Conseil de l'Ordre des médecins identifie 41 compétences⁶, alors que 54 sont répertoriés dans le fichier ADELI. Les effectifs les plus importants, dans les deux fichiers, sont rassemblés en « médecine appliquée aux sports », qui constitue le tiers des compétents, puis en médecine du travail et en angéiologie. Une différence importante entre les deux sources apparaît quant aux gynécologues médicaux, qui constituent dans le fichier de l'Ordre un effectif important (1 752 personnes en compétence exclusive⁷, soit 11,6 % de l'ensemble des compétents), alors que le fichier ADELI ne répertorie que 87 compétents, car les compétents exclusifs pour la discipline de gynécologie médicale sont considérés dans le fichier ADELI comme des spécialistes (tout comme les compétents exclusifs en gynécologie obstétrique, en chirurgie urologique et l'ensemble des médecins ayant été reçus au concours national de praticien hospitalier)⁸. À l'inverse, les compétents en gériologie-gériatrie, qui constituent 11,8 % de l'effectif de l'ensemble des compétents dans le fichier ADELI, ne sont pas distingués des généralistes dans le fichier de l'Ordre.

■ ■ Les médecins généralistes en milieu hospitalier

Plusieurs voies permettent à des diplômés de médecine générale d'exercer dans le cadre d'un établissement public de santé. Le tableau 5 retrace pour chacun des cinq statuts d'accueil actuels quelles sont les conditions et les modalités d'exercice envisageables.

Le répertoire ADELI recense 3 168 médecins généralistes reçus au concours de praticiens hospitaliers classés comme spécialistes dans ce répertoire sous la rubrique « formation hospitalière », ils figurent en tant que généralistes dans le fichier du CNOM, car ils ne sont pas qualifiés comme spécialistes⁹.

■ ■ Les médecins à exercice particulier (MEP) : une stabilité des effectifs

Un médecin ayant un mode d'exercice particulier (MEP) est un médecin déclarant une orientation d'exercice particulière, telles l'acupuncture et l'homéopathie,

6. 39 si l'on tient compte du seul intitulé (cf. tableau 120 - Annexe de l'atlas 2007 du CNOM).

7. Cf. tableau 129 - Annexe de l'atlas 2007 du CNOM.

8. Cf. tableau omnipraticiens au 1^{er} janvier 2007, comparaison répertoire ADELI - fichier de l'Ordre.

9. Cette différence de définition des champs explique en grande partie les différences d'effectifs relevées entre les deux sources. Cf. compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, « Les professionnels de santé. Comptes rendus des auditions ».

TABLEAU 5

POSSIBILITÉS DE RECRUTEMENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Statuts	Textes de référence	Établissements d'accueil	Temps de travail	Mode de recrutement	Modalités de nomination	Rémunération	Droits statutaires	Observations
Praticien hospitalier à temps plein	CSP Titre V Chapitre II Section 1 Art R. 6152-1 à 6152-99	Établissements publics de santé	10 demi-journées hebdomadaires	Après réussite au concours du CNPH, sur les postes déclarés vacants par le ministère	Arrêté ministériel	Grille indiciaire de la fonction publique 1 ^{er} échelon 47 962,99 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006) - CSP articles R. 6152-26 à R. 6152-99)	
Praticien hospitalier à temps partiel	CSP Titre V Chapitre II Section 2 Art R. 6152-201 à 6152-309	Établissements publics de santé	6 demi-journées hebdomadaires	Après réussite au concours du CNPH, sur les postes déclarés vacants par le directeur de l'ARH	Arrêté préfectoral	Grille indiciaire de la fonction publique 1 ^{er} échelon 26 161,25 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006) - CSP articles R. 6152-223 à R. 6152-323)	Les modalités de nomination vont évoluer avec la montée en charge du centre national de gestion
Contractuel	CSP Titre V Chapitre II Section 4 Art R. 6152-401 à 6152-420	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat après avis de la CME et du DRASS d'une durée maximale de 6 mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'un an. La durée totale est portée à 2 ans pour le remplacement de poste de PH temps plein ou temps partiel. Pour certaines missions spécifiques le contrat peut être de 3 ans sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Émoluments calculés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux 1 ^{er} échelon 26 906,73 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP section 6 : articles R. 6152-418 à R. 6152-620)	
Assistant généraliste	CSP Titre V Chapitre II Section 5 Art R. 6152-501 à 6152-541	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : 5 ou 6 demi-journées hebdo ou <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat après avis de la CME et du DRASS. Durée initiale soit d'un an, soit de 2 ans renouvelable par période d'un an à concurrence d'une durée totale d'engagement de 6 ans	Émoluments forfaitaires mensuels fixés par arrêté ministériel indexé sur l'évolution des traitements de la fonction publique 1 ^{er} année : 29 460,74 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP articles R. 6152-517 à R. 6152-537)	
Praticien attaché	CSP Titre V Chapitre II Section 6 Art R. 6152-601 à 6152-634	Établissements publics de santé	Temps plein : 10 demi-journées hebdomadaires dans la limite de 48 heures/semaine. Temps partiel : <i>au prorata</i>	Par le directeur de l'établissement	Par contrat d'une durée maximale d'un an renouvelable dans la limite de 24 mois. À l'issue des 24 mois, le renouvellement s'effectue par un contrat de trois ans renouvelable de droit par tacite reconduction	Émoluments forfaitaires mensuels fixés par arrêté ministériel indexés sur l'évolution des traitements de la fonction publique 1 ^{er} échelon : 29 460,74 euros bruts annuels	Statuts des personnels médicaux (CSP articles R. 6152-601 à R. 6152-634	

ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié par le Conseil de l'Ordre¹⁰.

Depuis 1995, le nombre de médecins MEP libéraux est resté stable (-0,2 % par an en moyenne). On peut toutefois relever une hausse plus importante des effectifs entre 2004 et 2005, supérieure à celle des effectifs de l'ensemble des omnipraticiens.

TABEAU 6

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX QUI DÉCLARENT UN EXERCICE PARTICULIER DE LA MÉDECINE (MEP)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TCAM* 95-05	Évol. 04-05
Effectif	6 806	6 756	6 564	6 541	6 574	6 551	6 517	6 571	6 526	6 560	6 673	-0,2 %	+1,7 %
dont APE**	6 403	6 395	6 156	6 128	6 158	6 138	6 084	6 096	6 070	6 083	6 177	-0,4 %	-1,5 %
% APE	94,1 %	94,7 %	93,8 %	93,7 %	93,7 %	93,7 %	93,4 %	92,8 %	93,0 %	92,7 %	92,6 %	-	-

* Taux de croissance annuel moyen.

** APE (actifs à part entière) : professionnels conventionnés au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans.

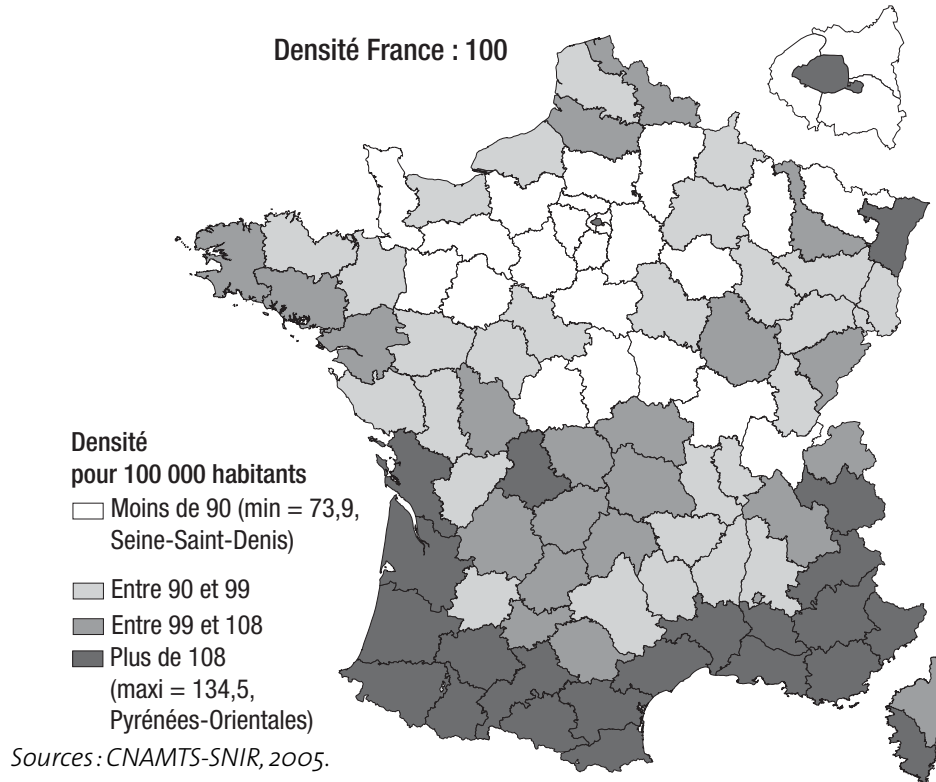
Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

LA PART DES MEP DANS LE TOTAL DES EFFECTIFS D'OMNIPRATICIENS EST PLUS ÉLEVÉE EN RÉGION PARISIENNE ET DANS L'OUEST DE LA FRANCE

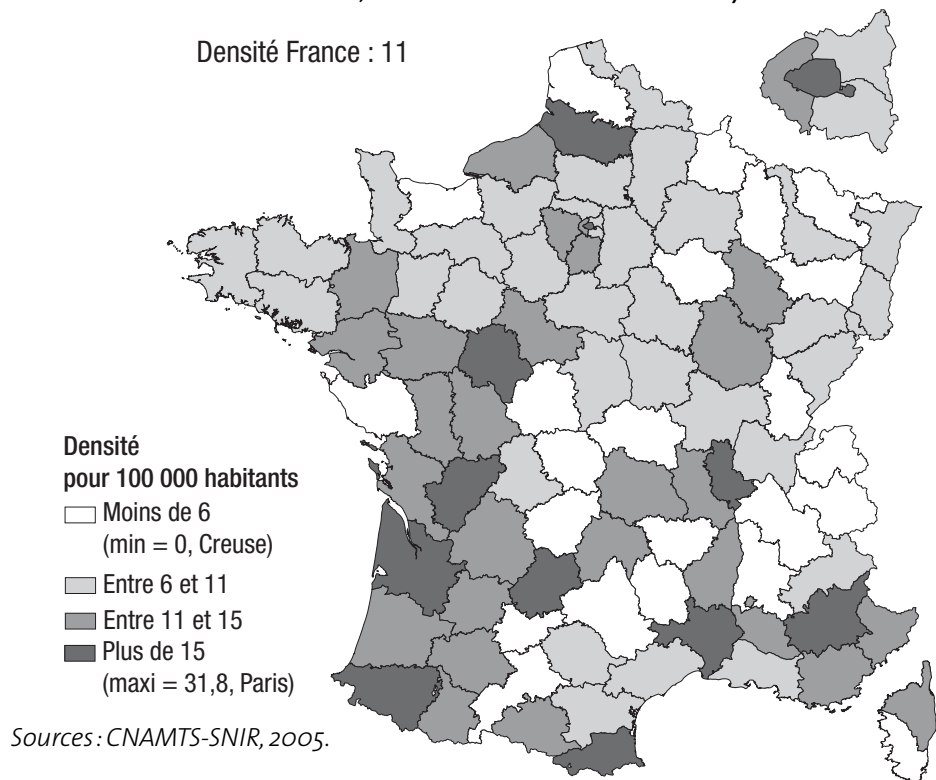
La répartition des MEP est aussi inégale, mais elle se marque moins selon une distinction Nord-Sud. Les deux cartes suivantes font apparaître les écarts de densité des médecins généralistes libéraux par département, selon que l'on considère l'ensemble des omnipraticiens (carte 3) ou les seuls médecins généralistes à exercice particulier (carte 4).

10. Un médecin diplômé dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme de 1983 peut se faire reconnaître comme « médecin compétent qualifié » : parce qu'il possède un certificat d'études spéciales (ou les connaissances correspondantes appréciées par la Commission nationale de qualification concernée) pouvant conduire à l'attribution d'une qualification de spécialiste. Par exemple, un spécialiste de médecine interne peut être qualifié « compétent » en réanimation ou un chirurgien généraliste « compétent » en chirurgie orthopédique.

CARTE 3

DENSITÉ DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT (EFFECTIF POUR 100 000 HABITANTS, SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)


CARTE 4

DENSITÉ DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX À EXERCICE PARTICULIER PAR DÉPARTEMENT (EFFECTIF POUR 100 000 HABITANTS, SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2005)


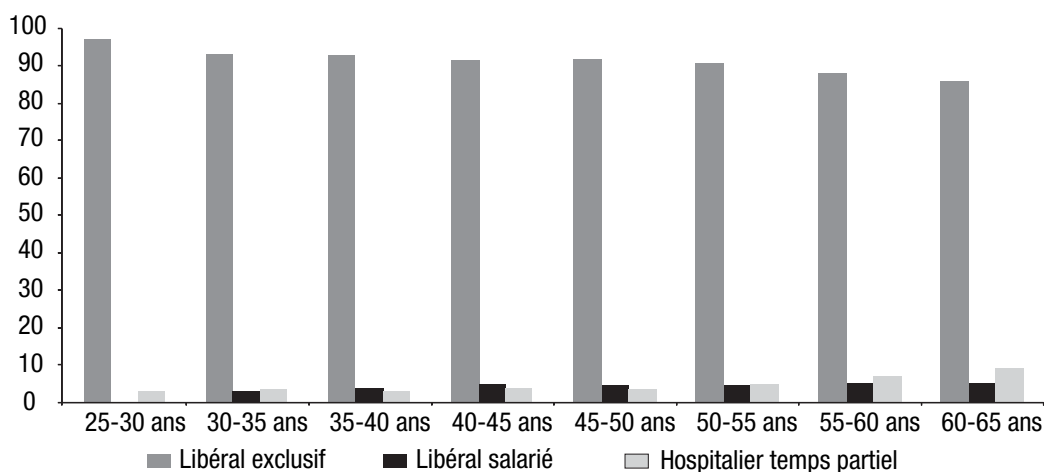
■ ■ Les médecins à exercice particulier (MEP) : une part plus importante en exercice salarié

Les omnipraticiens libéraux exercent dans leur grande majorité sous statut de libéral exclusif. La proportion des omnipraticiens libéraux exerçant une médecine libérale exclusive atteint 91% pour les généralistes hors exercice spécifique, et seulement 82% pour les MEP.

On observe donc que l'exercice salarié partiel concerne une part plus importante de l'effectif des médecins déclarant un exercice particulier (18% contre 8% pour les généralistes libéraux de premier recours). L'exercice hospitalier à temps partiel est présent pour les généralistes libéraux de premier recours dans les tranches d'âges les plus élevés (graphique 1). Pour les MEP, cette orientation caractérise davantage et de façon plus homogène toutes les tranches d'âges (graphique 2).

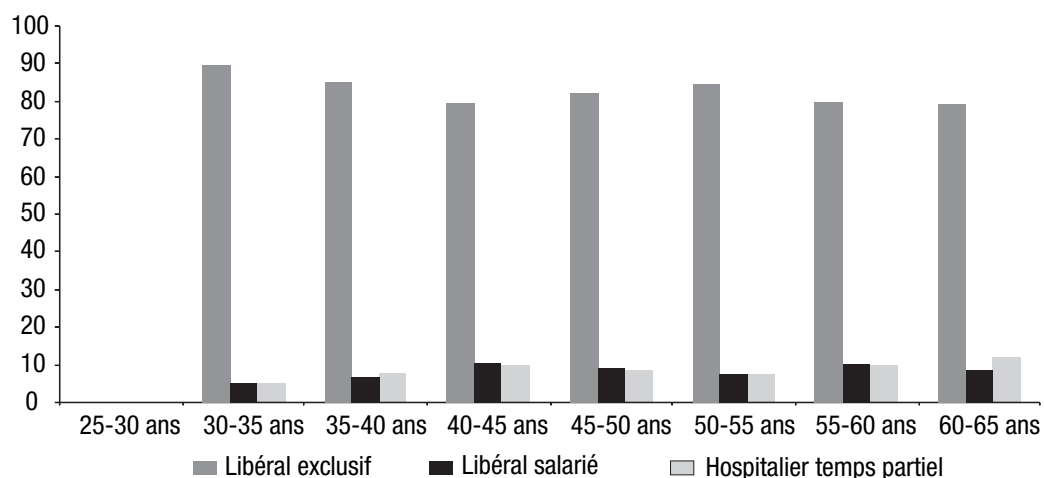
GRAPHIQUE 1

GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX APE



GRAPHIQUE 2

MEP APE



Sources : CNAMTS.



appréciation du potentiel d'offre de soins en médecine générale suppose une prise en compte fine de l'activité des praticiens

Trois démarches différentes s'attachent à une estimation de l'offre de soins en médecine générale. Sont successivement présentés une simulation à partir des données de l'Assurance maladie, une enquête nationale de l'Ordre des médecins, et les résultats d'un suivi commun conduit par l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie, qui ont comparé leurs fichiers en Basse-Normandie.

■ Une estimation de l'offre de soins de médecine générale libérale à partir des données de l'Assurance maladie

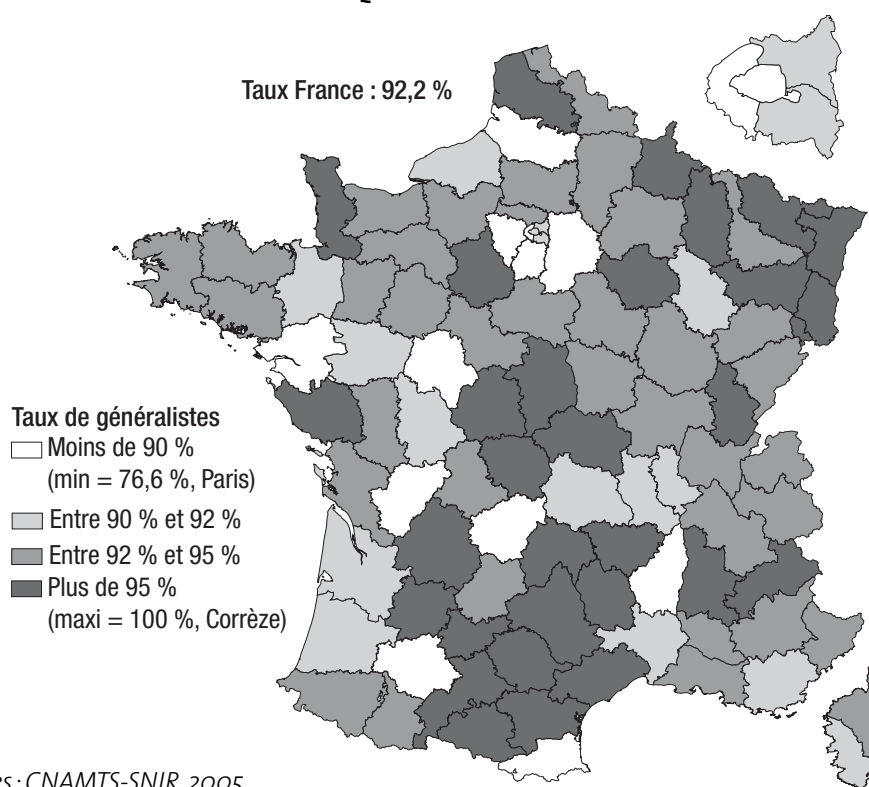
Cette étude s'appuie sur le fichier d'enregistrement des omnipraticiens de l'Assurance maladie.

Dans l'analyse qui suit, sont donc considérés comme médecins généralistes, dispensant des soins de premier recours, les médecins, diplômés de médecine générale, conventionnés avec l'Assurance maladie qui peuvent s'être déclarés par ailleurs homéopathes ou acupuncteurs. Les médecins à exercice particulier (MEP) sont inclus dans cette analyse, parce que l'on a considéré que leur faiblesse numérique ne modifie pas sensiblement l'état des lieux.

Selon cette définition, au 31 décembre 2006, 56 757 médecins généralistes libéraux constituent le potentiel de soins de premier recours en France métropolitaine, soit 92,2 % de l'effectif des 61 529 médecins généralistes libéraux enregistrés comme diplômés.

Sur la carte 5, les départements de couleur foncée sont les départements dans lesquels plus de 95 % des médecins généralistes libéraux exerceraient la médecine de premier recours.

A contrario, dans les départements de couleur claire, plus de 9 % des médecins libéraux diplômés de médecine générale n'exerceraient pas la médecine de premier recours (le maximum est à Paris, où 23,5 % des médecins généralistes libéraux enregistrés n'exerceraient pas la médecine de premier recours [carte 6]).



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

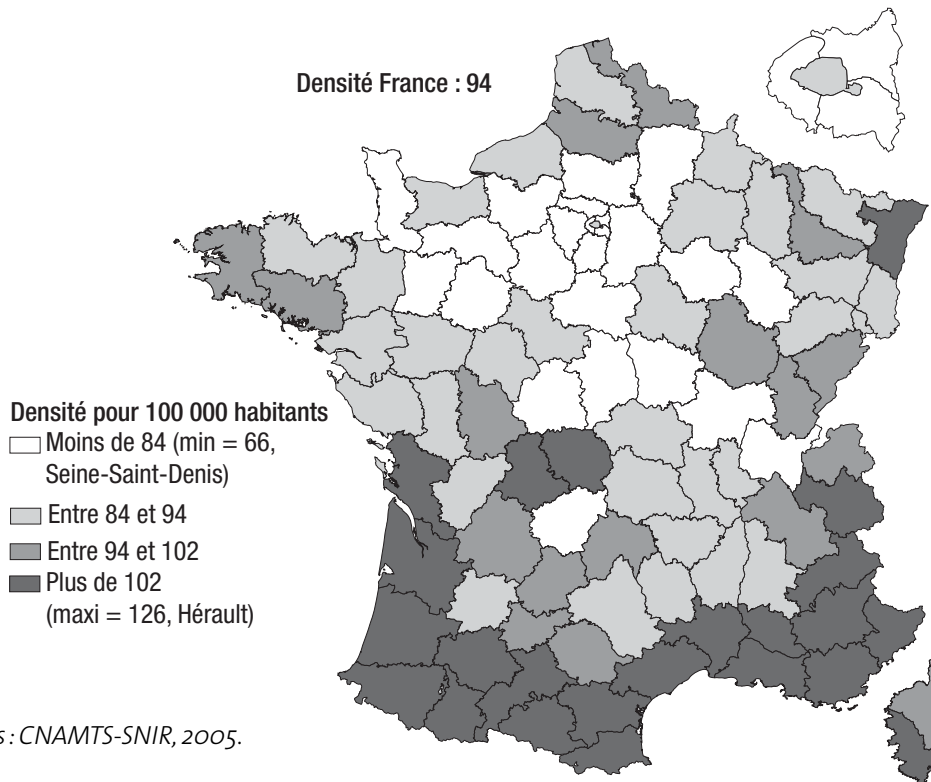
En comparant les densités départementales obtenues d'une part à partir de la liste des médecins libéraux diplômés de médecine générale (effectifs : 61 529), ou d'autre part de la liste de l'offre de premier recours (effectifs : 56 757), la majorité des départements restent dans la même classe (offre inférieure à la moyenne, offre moyenne, offre supérieure à la moyenne) quel que soit l'effectif pris en considération, mais 11 départements changent de classe : l'Ardèche, la Corrèze, la Creuse, la Dordogne, la Haute-Marne, la Moselle, Paris, les Deux-Sèvres, le Tarn, la Vienne, les Vosges.

TABEAU 7

CLASSEMENT DES DÉPARTEMENTS SELON LE TYPE DE CRITÈRE RETENU

Département	Densité calculée sur médecins diplômés de médecine générale	Densité calculée sur offre de soins de premier recours
Ardèche	Moyenne	Inférieure
Corrèze	Supérieure	Inférieure
Creuse	Moyenne	Supérieure
Dordogne	Moyenne	Supérieure
Haute-Marne	Moyenne	Inférieure
Moselle	Inférieure	Moyenne
Paris	Supérieure	Moyenne
Deux-Sèvres	Moyenne	Inférieure
Tarn	Moyenne	Supérieure
Vienne	Supérieure	Moyenne
Vosges	Inférieure	Moyenne

CARTE 6

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX PRATIQUANT LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS AU 31 DÉCEMBRE 2006
(MEP CONVENTIONNÉS AVEC L'ASSURANCE MALADIE INCLUS)

Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

Si ces modifications de classement sont liées, pour neuf de ces départements, à ce qui pourrait être qualifié d'effet de seuil, pour Paris et la Corrèze la distinction relative leur apparente sur-offre de médecine générale.

Cette relativisation de l'offre, mise en évidence pour onze départements métropolitains, devraient également apparaître sur des échelles plus petites, telles que les bassins de vie, construits à partir des déplacements de populations effectivement observés pour recourir aux services, dont la santé fait partie intégrante.

On doit souligner que les effectifs sont présentés sans prendre en considération la notion d'« actifs ayant réalisé des actes dans l'année ». Les effectifs réels d'offre de soins de médecine générale premier recours doivent donc, de ce fait, être encore inférieurs aux effectifs présentés *supra*.

La sensibilité du diagnostic à l'effectif considéré montre le risque de conclusions erronées lorsqu'on étudie les difficultés de l'offre de soins de médecine générale premier recours, et plus particulièrement des inégalités de répartition uniquement sur des éléments quantitatifs, certes éclairants mais non déterminants.

Cette simulation met en évidence tout l'intérêt que présentera, pour les pouvoirs publics, la déclaration par le médecin généraliste de toute modification de son mode d'exercice. Cette évolution est prévue dans le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), qui sera disponible au cours de cette année pour l'ensemble des professions médicales. L'analyse des difficultés de l'offre de soins de médecine générale premier recours pourra alors s'appuyer sur des effectifs au plus proche de leur activité réelle.

L'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

En 2006, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait envoyé, par l'intermédiaire des conseils départementaux, à l'ensemble des médecins généralistes en activité régulière inscrits au tableau, quel que soit leur mode d'exercice (libéral exclusif, salarié exclusif, mixte), un questionnaire pour connaître leur activité.

Le taux de réponses de cette enquête est de 37 %, car certains conseils départementaux ont refusé de réaliser cette enquête¹¹.

Plus de 30 000 réponses colligées ont permis d'analyser plus finement l'exercice des généralistes dans les départements ayant enregistré de forts taux de réponse.

Sur les 64 départements ayant réalisé l'enquête :

- 17 départements enregistrent plus de 75 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline ;
- 42 départements enregistrent entre 50 % et 75 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline ;
- 5 départements comptent moins de 50 % de médecins généralistes inscrits exerçant exclusivement cette discipline.

Par exemple, Paris, la Charente-Maritime et les Alpes-Maritimes affichent une densité moyenne de médecins généralistes, mais entre 51 % (Alpes-Maritimes) et 56 % (Paris et Charente-Maritime) des médecins inscrits déclarent ne pas exercer la médecine générale de premier recours. Parmi ceux qui déclarent exercer la médecine générale, un pourcentage important (10 à 15 %) a un autre exercice, un autre métier. Cet autre exercice peut être salarié, MEP, ou toute autre activité qu'un DIU, ou DU, autorise à exercer. Parmi les 64 départements pour lesquels les résultats sont disponibles, 9 départements enregistrent un taux inférieur à 10 % de médecins généralistes se déclarant à temps partiel : Aisne, Calvados, Corse-du-Sud, Côte-d'Or, Indre, Meuse, Oise, Pas-de-Calais, Haute-Vienne. Dans ces 9 départements, plus de 90 % des médecins généralistes donc exercent la médecine générale à temps plein.

L'intérêt d'un suivi rapproché des effectifs : illustration sur une région, la Basse-Normandie

Depuis la fin de l'année 2005, en Basse-Normandie, l'Ordre et l'Assurance maladie, en comparant leurs fichiers et, de façon plus pragmatique, en intégrant les informations issues « du terrain », réalisent un suivi commun trimestriel des effectifs des médecins généralistes afin d'apprécier de façon précise l'offre de soins de médecine

11. On peut observer que, parmi les départements qui n'ont pas réalisé l'enquête, certains comptent une densité médicale très inférieure à la moyenne ou sont dans une situation démographique à risque en raison de la pyramide des âges des médecins généralistes en exercice : l'Orne, l'Eure, le Loir-et-Cher.

générale de premier recours. Pour ce faire, chaque trimestre, un bilan commun des entrées et sorties est réalisé afin de disposer, pour les actions de soutien à la démographie médicale, d'un diagnostic le plus proche possible de la réalité.

Initialement selon que les données étaient issues du fichier de l'Ordre ou de celui de l'Assurance maladie, l'offre de soins de médecine générale variait entre 1 292 et 1 311 médecins généralistes. L'examen conjoint réalisé permet de comptabiliser un effectif « réel » disponible pour une offre de soins de médecine générale de premier recours, de 1 176, soit un taux d'« inexactitude » situé entre 9 % et 10 %.

TABLEAU 8

EFFECTIFS INITIAUX DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES, AU 31 DÉCEMBRE 2005

	Fichier de l'Ordre des médecins	Fichier de l'Assurance maladie
Calvados	657	637
Manche	423	421
Orne	231	234

Si, à l'échelle d'une agglomération, cet écart n'entraîne pas une analyse erronée de la situation, sur d'autres secteurs plus ruraux l'analyse effectuée à partir de l'offre réelle peut engendrer une modification du diagnostic. Des secteurs pour lesquels les statistiques habituelles ne faisaient pas apparaître de difficultés se sont ainsi vus classés comme fragiles, ou déficitaires, en s'appuyant sur les effectifs réels.

TABLEAU 9

EFFECTIFS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU 31 DÉCEMBRE 2006

	Fichier de l'Ordre	Fichier de l'Assurance maladie total	Fichier de l'Assurance maladie effectifs de médecins généralistes sans exercice particulier ¹²	Fichier commun effectifs de médecins généralistes de premier recours
Calvados	652	647	601	583
Manche	425	426	376	385
Orne	233	233	210	212

Les écarts entre les données issues des deux fichiers ont diminué en raison de l'actualisation permanente des données grâce au suivi commun périodique.

Pour le département du Calvados, les exercices particuliers n'ont pas été déclarés à l'installation ou au moment du changement de situation, c'est pourquoi le nombre réel est encore inférieur à l'effectif théorique. Pour les deux autres départements, des médecins apparemment à exercice particulier exclusif ont été intégrés dans les effectifs réels de médecine générale, en raison d'un enregistrement erroné, d'un changement de situation non signalé, ou parce qu'en réalité leur exercice n'est pas exclusif et qu'ils participent à la permanence des soins ambulatoires.

Ce suivi spécifique démontre tout son intérêt car, malgré les efforts portés sur la qualité des informations contenues dans les fichiers, les écarts entre l'offre théorique et l'offre réelle perdurent. L'offre réelle semble n'être quantifiable qu'à partir

12. Ils peuvent être MEP (homéopathes, acupuncteurs, mésothérapeutes).

de l'expression de la réalité des exercices sur le terrain, ce qu'aucun système d'enregistrement ne permet aujourd'hui de connaître.

Enfin, les 1180 médecins généralistes exclusifs au 31 décembre 2006, ne développent pas, loin de là, une activité homogène. En effet :

- 19 d'entre eux ont enregistré moins de 1500 actes dans l'année (hors installés) ;
- 42 ont enregistré entre 1500 et 2500 actes dans l'année ;
- 1058 ont, quant à eux, enregistré plus de 2500 actes ;
- et, enfin, 60 médecins se sont installés entre 2005 et 2006 ; leur activité n'est pas complète ou non évaluée.

En Basse-Normandie, le choix a été fait de ne pas compter les médecins à très petite activité, et de ne compter les médecins à activité faible (entre 1500 et 2500 actes) qu'à mi-temps, les autres étant comptés à temps plein. L'offre de soins de médecine générale de premier recours pourrait donc être de 1139,5 « équivalents temps plein » de médecine générale (1180 effectifs réels).

Bien que la notion de temps plein ou de temps partiel soit difficilement transposable à l'exercice libéral, il paraît important de considérer que le potentiel de soins d'un médecin généraliste, c'est-à-dire son temps médical disponible, diffère de celui de son confrère.



orientation de l'activité des médecins généralistes libéraux

Afin de caractériser l'activité des médecins généralistes libéraux, différentes analyses ont été menées à partir des données de la CNAMTS. Dans cette optique, ont été considérés le secteur de conventionnement, l'importance de la patientèle selon le type d'exercice, ainsi que les particularités de l'activité qui peuvent être associées à certaines orientations de l'exercice.

Les généralistes selon le secteur de conventionnement

Il existe aujourd'hui deux secteurs de conventionnement :

- Le secteur 1 : Le médecin conventionné dans ce secteur applique le tarif conventionnel (tarif applicable au 1^{er} juillet 2007 : 22 euros). Dans le cadre du parcours de soins coordonné, l'assuré est remboursé à 70 % (soit au 1^{er} juillet 2007 : 14,40 euros).
- Le secteur 2 : Le médecin conventionné dans ce secteur pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires « avec tact et mesure ». Dans le cadre du parcours de soins coordonné, l'assuré est remboursé à 70 % du tarif conventionnel (soit au 1^{er} juillet 2007 : 14,40 euros). Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

En 1990, la convention médicale a restreint l'accès au secteur 2 aux seuls anciens chefs de clinique ou assistants des hôpitaux. Cette condition a donc mécaniquement engendré une moindre représentation du secteur 2 chez les omnipraticiens installés à partir de cette date.

Un troisième secteur conventionnel était réservé aux médecins ayant un « droit permanent à dépassement » (DP). Ce secteur, réservé aux généralistes ayant exercé des responsabilités « importantes » en établissement hospitalier, a été supprimé par la convention médicale de 1980 au profit du secteur 2 pour les médecins qui s'installaient à partir de cette date. Le nombre de médecins de secteur 1 « DP » diminue au fur et à mesure de la cessation d'activité de ses représentants.

En 2005, sur les 58 181 omnipraticiens actifs à part entière (APE), 13 % étaient autorisés à dépasser les tarifs conventionnels (secteur 2 + secteur 1 DP).

91 % des médecins généralistes et 54 % des MEP exerçaient en secteur 1.

TABLEAU 10

**PAR TRANCHE D'ÂGE, PART DES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2
(HONORAIRES LIBRES + DÉPASSEMENTS PERMANENTS), EN %**

Tranche d'âge	Généralistes	MEP	Total
25-45 ans	2	10	3
45-50 ans	7	36	10
50-55 ans	12	57	18
55-60 ans	14	62	19
60-65 ans	15	56	20

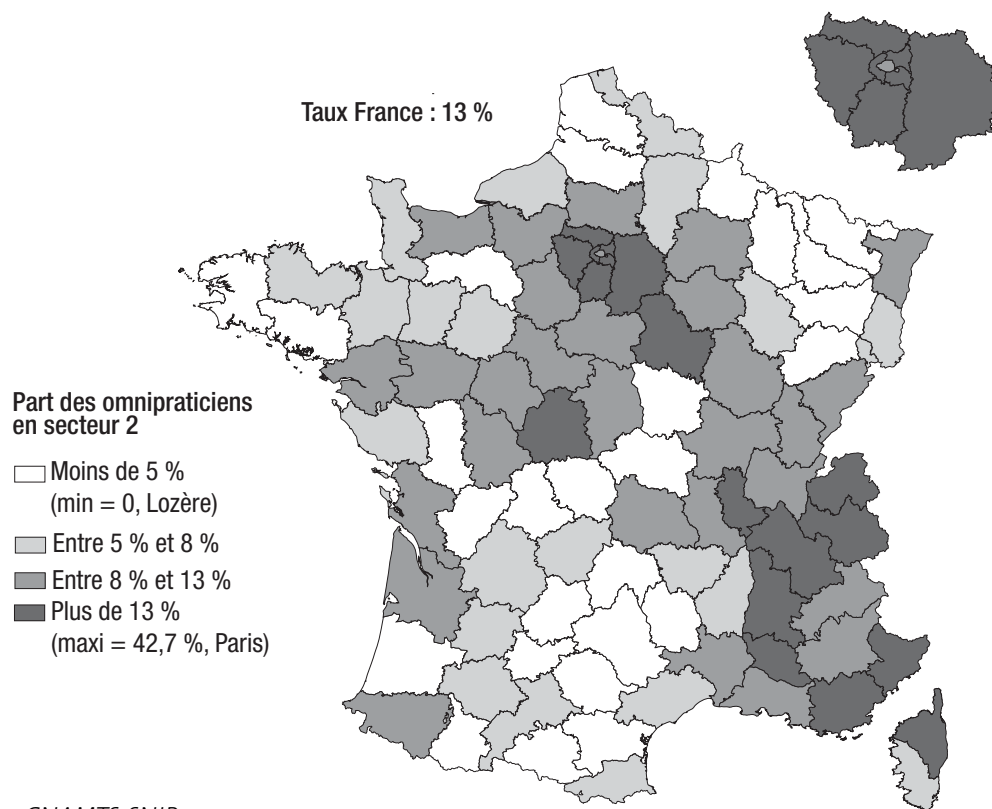
Sources : CNAMTS.

En proportion, les médecins à exercice particulier sont plus nombreux en secteur 2 à honoraires libres. Les proportions plus importantes des médecins de secteur 2, généralistes de premier recours comme MEP, à partir de la tranche d'âge 45-50 ans doivent être analysées en prenant en considération les évolutions conventionnelles rappelées précédemment.

La répartition des omnipraticiens libéraux exerçant en secteur 2 n'est pas homogène. Les départements d'un petit quart sud-est enregistrent la part la plus importante, ainsi que la Région parisienne.

CARTE 7

TAUX D'OMNIPRATICIENS EN SECTEUR 2 AU 31 DÉCEMBRE 2005



Sources : CNAMTS-SNIR, 2005.

La patientèle selon l'orientation de l'exercice

Les omnipraticiens du secteur 1 ont, en moyenne, plus de patients que leurs confrères en secteur 2.

Le nombre moyen de patients le plus faible est enregistré pour les MEP en secteur 2.

D'une façon générale, le nombre de patients a tendance à décroître avec l'âge du praticien, quels que soient le secteur conventionnel ou la compétence de l'omnipraticien (généraliste de premier recours ou MEP).

TABLEAU 11

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN 2005, OMNIPRATICIENS DU SECTEUR 1

	Généralistes	Total MEP	Omnipraticiens
25-30 ans	1 505		1 505
30-35 ans	1 676	1 933	1 688
35-40 ans	1 673	1 791	1 679
40-45 ans	1 644	1 683	1 647
45-50 ans	1 604	1 704	1 612
50-55 ans	1 552	1 537	1 551
55-60 ans	1 457	1 433	1 455
60-65 ans	1 343	1 231	1 335
TOTAL	1 563	1 596	1 565

Sources : CNAMTS.

TABLEAU 12

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN 2005, OMNIPRATICIENS DU SECTEUR 1 DP ET DU SECTEUR 2

	Généralistes	Total MEP	Omnipraticiens
30-35 ans	1 139		1 015
35-40 ans	999	1 287	1 054
40-45 ans	1 569	1 275	1 503
45-50 ans	1 371	1 256	1 326
50-55 ans	1 353	1 194	1 285
55-60 ans	1 286	1 077	1 209
60-65 ans	1 196	953	1 108
TOTAL	1 320	1 147	1 253

Sources : CNAMTS.

La part des actes cliniques est très majoritaire, mais les MEP ont une activité technique plus importante que leurs collègues généralistes libéraux de premier recours

Les omnipraticiens effectuent principalement des actes cliniques (consultation et visite, C et V). La part de l'activité clinique est en effet très élevée quels que soient le mode d'exercice et la spécialisation (MEP ou généralistes de premier recours).

Les actes techniques présentés au remboursement sont principalement attribués aux MEP.

52 208 omnipraticiens libéraux, actifs à part entière (APE) sur 58 181, soit 89,7 % des effectifs, ont une activité en C et V supérieure à 95 % de leur activité totale. Ce sont principalement des généralistes de premier recours (94 %), et 83 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans (tableau 13).

La part des omnipraticiens libéraux à très faible activité clinique (inférieure à 10 % de l'activité totale) est très réduite. Seuls 708 omnipraticiens sont dans ce cas, soit 1,2 % des effectifs. Ce sont principalement des MEP (60 %) et 88 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans (tableau 14).

TABLEAU 13

**OMNIPRATICIENS APE AYANT ENTRE 95 % ET 100 % D'ACTES CLINIQUES
SUR LE TOTAL ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES**

Secteur 1	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans	33					33
	30-35 ans	1 444	2	4	18	24	1 468
	35-40 ans	3 948	6	26	50	82	4 030
	40-45 ans	7 083	21	74	104	199	7 282
	45-50 ans	10 051	93	152	201	446	10 497
	50-55 ans	10 448	139	120	230	489	10 937
	55-60 ans	9 470	92	102	136	330	9 800
	60-65 ans	2 497	47	23	49	119	2 616
	TOTAL	44 974	400	501	788	1 689	46 663
Secteur 1 DP et secteur 2	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans	4					4
	35-40 ans	26		1	3	4	30
	40-45 ans	78	5	7	4	16	94
	45-50 ans	671	122	132	42	296	967
	50-55 ans	1 293	269	302	93	664	1 957
	55-60 ans	1 392	208	245	89	542	1 934
	60-65 ans	409	55	57	38	150	559
	TOTAL	3 873	659	744	269	1 672	5 545
Tout secteur		48 847	1 059	1 245	1 057	3 361	52 208

Sources : CNAMTS.

Quelle que soit la tranche d'âge, les actes cliniques représentent plus de 97 % du total des actes des omnipraticiens du secteur 1. Cette part n'est que légèrement inférieure (en moyenne de 10 %) pour les omnipraticiens de secteur 2. On pourrait s'attendre à des résultats plus contrastés, et à une part d'actes techniques plus importante, compte tenu de la plus forte représentation des MEP dans ce secteur conventionnel (tableau 15).

Parmi les omnipraticiens, les généralistes de premier recours ont la part des actes cliniques la plus élevée, toutes tranches d'âge confondues et quel que soit le secteur conventionnel.

TABLEAU 14

OMNIPRATICIENS APE AYANT ENTRE 0 % ET 10 % D'ACTES CLINIQUES SUR LE TOTAL ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES

Secteur 1	Tranche d'âge		Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans		5		10	10	15
	35-40 ans		26		16	16	42
	40-45 ans		62		57	57	119
	45-50 ans		72		87	87	159
	50-55 ans		35	1	65	67	102
	55-60 ans		33	2	65	67	100
	60-65 ans		7		16	16	23
	TOTAL		240	3	316	320	560
Secteur 1 DP et secteur 2	Tranche d'âge	Généralistes	Acuponcteurs	Homéopathes	Autres MEP	Total MEP	Omnipraticiens
	25-30 ans						
	30-35 ans						
	35-40 ans	2			1	1	3
	40-45 ans	2			2	2	4
	45-50 ans	7	1		8	9	16
	50-55 ans	19	8		37	45	64
	55-60 ans	14	4	1	32	37	51
	60-65 ans		6		4	10	10
	TOTAL	44	19	1	84	104	148
Tout secteur		284	22	2	400	424	708

Sources : SNIR, 2005.

TABLEAU 15

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES OMNIPRATICIENS APE

	Mode conventionnel Secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30	33	99%		0%	33	0%
30-35	1 682	97%	5	98%	1 687	3%
35-40	4 578	97%	42	87%	4 620	8%
40-45	8 168	96%	142	82%	8 310	14%
45-50	11 567	97%	1 346	88%	12 913	22%
50-55	11 699	98%	2 594	89%	14 293	25%
55-60	10 380	98%	2 468	91%	12 848	22%
60-65	2 786	98%	691	93%	3 477	6%
Total	50 893	97%	7 288	90%	58 181	100%

Sources : SNIR 2005.

TABLEAU 16

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES GÉNÉRALISTES APE

	Mode conventionnel secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30	33	99 %		0 %	33	0%
30-35	1 604	97%	4	99%	1 608	3%
35-40	4 350	98%	34	90%	4 384	8%
40-45	7 641	98%	110	84%	7 751	15%
45-50	10 657	98%	825	93%	11 482	22%
50-55	10 860	99%	1 489	95%	12 349	24%
55-60	9 809	99%	1 554	96%	11 363	22%
60-65	2 591	99%	443	98%	3 034	6%
Total	47 545	98 %	4 459	95 %	52 004	100 %

Sources : SNIR 2005.

Les MEP ne sont que 54 % à exercer en secteur 1 (contre 91 % pour les généralistes de premier recours) et ils sont globalement plus âgés que les généralistes (à 88 % dans la tranche d'âge 40-60 ans contre 83 %, tableau 13). Dans la tranche d'âge 30-35 ans, seulement 69 % de l'activité correspond à des actes cliniques pour les MEP du secteur 1, comme le montre le tableau 17.

TABLEAU 17

EFFECTIFS ET PARTS DES ACTES CLINIQUES DES MEP APE

	Mode conventionnel secteur 1	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Secteur 1 DP et secteur 2	(C+V)/(C+V+Actes techniques)	Total	% des effectifs par tranche d'âge
Tranche d'âge						
25-30		0 %		0 %		0 %
30-35	78	69 %	1	84%	79	1%
35-40	228	74%	8	76%	236	4%
40-45	527	70%	32	72%	559	9%
45-50	910	76%	521	79%	1 431	23%
50-55	839	82%	1 105	79%	1 944	31%
55-60	571	80%	914	80%	1 485	24%
60-65	195	82%	248	83%	443	7%
Total	3 348	78 %	2 829	80 %	6 177	100 %

Sources : SNIR 2005.

■ ■ Les acupuncteurs sont significativement plus âgés que les généralistes de premier recours

89 % des acupuncteurs ont entre 40 et 60 ans. Ils sont plus souvent autorisés à dépasser les tarifs conventionnels que les généralistes de premier recours, 33 % seulement des acupuncteurs sont en secteur 1. La part de l'activité clinique diffère selon le secteur conventionnel. Ainsi, la part des actes cliniques des acupuncteurs de secteur 2 est relativement faible (82 %), au bénéfice d'une cotation en K d'actes techniques, qui ne sont remboursés que pour des indications thérapeutiques très précises.

L'activité des acupuncteurs relevant du secteur 1 se traduit en revanche par une proportion élevée d'actes en C et V (90 %), et donc d'actes cliniques.

■ ■ Les homéopathes ont une activité clinique élevée

La part très majoritaire des actes cliniques caractérise l'activité des homéopathes, qu'ils soient ou non autorisés à pratiquer un dépassement d'honoraires et quelles que soient leurs tranches d'âge.

Les homéopathes sont globalement plus âgés que leurs collègues généralistes de premier recours (91 % d'entre eux ont entre 40 et 60 ans).



Inventory des formations accessibles aux médecins titulaires d'un diplôme de médecine générale

Un grand nombre de formations complémentaires et/ou spécialisantes est offert aux médecins généralistes. Elles remplissent une double fonction.

D'une part, ces formations constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des patients divers qui les consultent. L'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques impliquent une réassurance des savoirs. L'évolution des prises en charge des patients et du suivi des maladies chroniques, la nécessité de coopérations renforcées entre les professions médicales, justifient elles aussi l'ouverture de certains DESC ou de certaines de leurs options aux diplômés de médecine générale, comme c'est le cas en oncologie pour l'option réseau du DESC. Ces formations constituent, d'autre part, pour les diplômés de médecine générale une opportunité de réorientation de leur activité.

Les modalités qui permettent aux médecins généralistes de se spécialiser dans l'une ou l'autre de ces optiques sont examinées dans cette partie. Les formations et les diplômes donnant aux titulaires du diplôme de médecine générale la possibilité d'obtenir un diplôme autorisant l'exercice à temps plein ou partiel d'une autre discipline ou d'un autre type de médecine générale sont recensés.

En outre, l'accès de la médecine générale au rang de spécialité reconfigure les possibilités de formation complémentaire pour les diplômés en médecine générale, par rapport à la situation qui prévalait antérieurement, à travers l'accès à des diplômes d'études supérieures complémentaires (DESC).

L'effectif des diplômés de médecine générale inscrit dans un DESC est encore faible aujourd'hui, selon les données qui ont pu être recueillies auprès des facultés. Il est probable que leur nombre connaîtra une augmentation dans les prochaines années. En effet, soit l'attractivité de la médecine générale de premier recours s'affirmant, ces DESC constitueront une formation complémentaire spécialisée nécessaire à cet exercice. Soit, à l'inverse, ils s'affirmeront comme une voie permettant d'y échapper¹³.

13. Selon les résultats d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 923 internes de médecine générale et résidents, 25,2 % des internes veulent réaliser un DESC dans un but de diversification de leur activité en priorité, mais aussi par simple désir de formation. *Évolution de la formation de l'interne de médecine générale*. Document de travail ISNAR-IMG, janvier 2008.

Pour compléter le cadrage sur la formation en médecine générale, cette partie comporte aussi un point de bilan des stages chez le praticien, mis en place en 2006, dans l'optique de contribuer à une meilleure connaissance de l'exercice de médecine de premier recours.

■ Les possibilités ouvertes aux diplômés de médecine générale pour acquérir une autre spécialisation ou une autre compétence

En pratique, pour les DES de médecine générale, les possibilités sont les suivantes :

- Le concours d'Internat à titre européen ;
- Le concours spécial de médecine du travail ;
- Le concours de médecine de santé publique ;
- Des DESC de type I et de type II ;
- Des capacités ;
- Des DIU et DU.

Le recensement systématique des formations a été effectué, qu'elles soient :

- accessibles sur concours ;
- accessibles sans concours (capacités, DESC, DU/DIU)¹⁴.

■ ■ Les parcours accessibles sur concours

INTERNAT À TITRE EUROPÉEN

Accessible aux médecins diplômés de l'UE, exerçant depuis trois ans.

Donnant accès au troisième cycle des études médicales, sanctionné par un DES.

Trois épreuves écrites de trois heures chacune, programme des épreuves classantes nationales (ECN).

Nombre de postes fixé annuellement par arrêté (tableau 18).

14. Site web du CNCI, Légifrance, sites web des UFR de médecine, site web du CNOM. DU et DIU : article L.613.2 du Code de l'éducation. - Médecine scolaire : décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991. - Médecine du travail : arrêté du 18 février 2005 relatif à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine du travail. - Concours de l'internat à titre européen : arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales, paru au JO n° 30 du 5 février 2004, p. 2519. - DESC : arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, paru au JO n° 233 du 6 octobre 2004, p. 17077, texte n° 24. - Derniers DESC ouverts aux internes de médecine générale : *Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche* n° 9 du 1^{er} mars 2007, p. 429 à 476.

TABLEAU 18

POSTES OUVERTS EN 2007 À L'INTERNAT À TITRE EUROPÉEN

	Caen	Lille	Dijon	Reims	Strasbourg	Île-de-France	Bordeaux	Clermont-Ferrand	Marseille	Montpellier	Nice	Brest	Rennes
Anatomie et cytologie pathologiques		1							1				
Cardiologie		2											
Médecine interne							1						1
Médecine physique et de réadaptation			1										
Oncologie							1		1				
Hématologie	1		1							1			
Médecine Nucléaire							1						
Radiodiagnostic et imagerie médicale		1											
Néphrologie			1					1					
Génétique médicale			1					1					
Pneumologie		1								1			
Gastro-entérologie		1						1					
Neurologie							1						
Neurochirurgie	1												
Chirurgie générale	1				1						1		
Chirurgie orthopédique et traumatologique		1											
Ophthalmologie													
médecine générale						5							
Anesthésie réanimation	1				1		1	1					
Pédiatrie							1						
Santé publique		1				1							
Gynécologie obstétrique							1						
Biologie médicale		1				1							
Psychiatrie	2						3					1	

CONCOURS DE « MÉDECINE DU TRAVAIL »

Accessible aux médecins diplômés de l'UE, exerçant depuis trois ans.

Donnant accès au troisième cycle des études médicales, sanctionné par un DES de médecine du travail.

Une épreuve de QCM et une épreuve écrite de deux heures chacune.

Nombre de postes fixé annuellement par arrêté (tableau 19).

TABLEAU 19

POSTES OUVERTS EN 2007 EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Subdivisions	Nombre de places	Subdivisions	Nombre de places	TOTAL général	
Île-de-France	5	Brest	2		
Strasbourg	4	Rennes	2		
Besançon	3	Aix-Marseille	7		
Dijon	5	Nice	4		
Reims	2	Bordeaux	8		
Caen	4	Toulouse	3		
Rouen	3	Limoges	1		
Lille	10	Clermont-Ferrand	2		
TOTAL	36		29		65

CONCOURS DE MÉDECINE SCOLAIRE

Plusieurs concours sont organisés chaque année par le ministère chargé de l'Éducation :

- un concours sur épreuves ouvert à tout docteur en médecine ;
- un concours externe sur titres et travaux pour tout docteur en médecine disposant d'un titre sanctionnant une formation spécialisée : pédiatrie, santé publique, médecine du travail ;
- un concours interne pour les médecins anciens vacataires ou contractuels.

L'ENSP (École nationale de santé publique), devenue EHESP (École des hautes études en santé publique), a la responsabilité de former les médecins de l'Éducation nationale dans le cadre d'une formation d'un an. L'arrêté du 17 janvier 1994 détermine les modalités en fonction des différents concours :

- formation d'un an, alternant des temps d'enseignement à l'ENSP et des temps de mise en situation professionnelle, dans les inspections académiques d'affectation pour les médecins lauréats du concours externe sur épreuves ;
- ou formation de huit semaines pour les lauréats de ce concours externe, sur dérogation validée par une commission ministérielle ;
- formation de huit semaines en cours d'emploi au titre de médecin-stagiaire, pour les lauréats des concours interne et externe sur titres et travaux.

■ ■ Les parcours accessibles hors concours

Les DESC de type I (deux ans) et de type II (trois ans, soit six semestres)¹⁵

L'accès est possible après validation pendant le DES d'au moins deux semestres dans des services agréés pour les DESC type I et quatre semestres pour les DESC de type II.

La condition d'avoir validé deux (ou quatre) semestres pendant le DES peut être facilement abolie par dérogation du coordonnateur du DESC, ce qui signifie par exemple que le DESC type II de gériatrie est accessible aux internes de médecine générale.

Le nombre de postes est fixé théoriquement bi-annuellement, au niveau régional, par les commissions de subdivision (nombre de stages ouverts dans des services agréés).

Les DESC de type I accessibles aux DES de médecine générale sont au nombre de quatorze :

- Allergologie et immunologie clinique
- Andrologie
- Cancérologie, option « cancérologie en réseaux »
- Dermatopathologie
- Douleurs et soins palliatifs
- Fœtopathologie
- Hémiobiologie-transfusion
- Médecine légale et expertises médicales

15. Seuls les DESC de type II permettent un exercice exclusif de la spécialité.

- Médecine du sport
- Médecine d'urgence
- Médecine vasculaire
- Nutrition
- Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
- Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques

Il faut souligner que les DESC de cette liste sont accessibles en théorie, mais pas toujours en pratique. De nombreux DESC ne comportent pas d'internes de médecine générale, qui ne les choisissent pas parce qu'ils sont trop récents ou bien du fait de l'impossibilité de validation des stages demandés. En effet, les terrains de stage ne sont pas toujours agréés pour le DES de médecine générale ; c'est le cas, par exemple, pour la fœtopathologie ou l'hémodiagnostic-transfusion.

En revanche, un certain nombre de DESC ne sont pas accessibles aux DES de médecine générale :

- les DESC de type I concernés sont : les DESC d'addictologie, de médecine de la reproduction, de néonatalogie, de neuropathologie, d'orthopédie dento-maxillo-faciale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- les DESC de type II concernés sont : les DESC de réanimation médicale, de chirurgie, de biologie médicale.

Les capacités

Quatorze sont accessibles aux titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine. Le nombre de postes est fixé annuellement, par chaque UFR où l'enseignement est organisé. On dénombre en moyenne vingt postes par capacité et par UFR. Il existe, pour certaines capacités, des examens probatoires.

La durée de la formation est de un à deux ans. Les capacités demandent souvent des prérequis supplémentaires à l'inscription, notamment la validation préalable d'une autre capacité ou d'un DU (par exemple, l'inscription à la capacité de médecine de catastrophe nécessite la capacité de médecine d'urgence).

Les capacités faisant double emploi avec un DESC (comme la capacité de médecine d'urgence) seront amenées à disparaître, sans qu'aucune date précise ne soit encore fixée. De même, avec la création prochaine de la capacité d'acupuncture, l'actuel DIU d'acupuncture perdra sa valeur de reconnaissance par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Les quatorze capacités concernées sont les suivantes :

- Allergologie (2 ans)
- Angiologie (2 ans)
- Évaluation et traitement de la douleur (2 ans)
- Gériatrie (2 ans)
- Hydrologie et climatologie médicale (2 ans)
- Médecine aérospatiale (1 an)
- Médecine et biologie du sport (1 an)
- Médecine de catastrophe (1 an)
- Médecine pénitentiaire (2 ans)

- Médecine tropicale (2 ans)
- Médecine d'urgence/CMU (2 ans)
- Pratiques médico-judiciaires (2 ans)
- Technologie transfusionnelle (2 ans)
- Toxicomanies et alcoologie (2 ans)

Les DU et DIU

Au 25 juillet 2003, 2 185 DU et DIU étaient recensés en France par l'*Annuaire national des diplômes universitaires du monde de la santé*. Ils sont accessibles aux Internes, médecins (voire externes, et infirmières diplômées d'État (IDE) pour certains enseignements). Le nombre de postes est fixé annuellement, par chaque université où l'enseignement est organisé. Certains DU et DIU sont accessibles après examens probatoires. Leur durée est de un à deux ans.

La liste suivante n'est pas exhaustive, elle ne considère que les DU et DIU accessibles aux diplômés de médecine générale et qui font l'objet d'une reconnaissance par le CNOM¹⁶ :

Les dix-huit DIU qui présentent ces caractéristiques sont les suivants :

- Mésothérapie
- Acupuncture
- Médecine manuelle et ostéopathie
- Accueil des urgences en service pédiatrique
- Dermatologie esthétique et cosmétologie
- Médecine morphologique et « anti-âge »
- Médecine subaquatique et hyperbare
- Proctologie
- Réparation juridique du dommage corporel
- Échographie générale
- Échographie vasculaire
- Pathologie du sommeil et de la vigilance
- Veille et sommeil
- Le sommeil et sa pathologie
- Soins palliatifs
- Soins palliatifs et accompagnement
- Tabacologie et aide au sevrage tabagique
- Assistant généraliste en psychiatrie

Les sept DU qui présentent ces caractéristiques sont les suivants :

- Études de réparation du dommage corporel
- Réparation juridique du dommage corporel
- Études médicales relatives à la réparation du dommage corporel
- Indemnisation du dommage corporel – médecin conseil société

16. L'une des formations complémentaires parmi les plus plébiscitées pour les MEP, à savoir le DU/DIU d'homéopathie, ne figure pas dans cette liste. Il est enseigné dans sept facultés, mais non reconnu par le CNOM.

- Journalisme médical
- Sexologie
- Thérapeutiques manuelles

■ ■ Les effectifs d'internes de médecine générale inscrits dans des formations complémentaires

Afin de prendre la mesure des effectifs de diplômés de médecine générale engagés dans des cursus de formation complémentaire leur permettant éventuellement un autre exercice que celui de médecine générale de premier recours, l'ISNAR-IMG a engagé un recueil des données auprès des facultés de médecine. Le fait que la méthode de comptabilisation dans les fichiers de certaines facultés de médecine ne permette pas d'identifier l'origine de la formation initiale des étudiants inscrits en DU ou DIU constitue un obstacle majeur, qui rend impossible actuellement la réalisation de cet état des lieux, qui concerne pourtant plus d'un millier de personnes.

En revanche, le recensement du nombre d'internes de médecine générale inscrits en DESC pour l'année universitaire 2006-2007 a été engagé par l'ISNAR-IMG.

Les résultats, bien que parcellaires puisque seules 13 subdivisions sur 27 ont pu donner leurs chiffres, sont présentés dans le tableau 20. Y figurent le nombre d'inscrits, par type de DESC, ainsi qu'une estimation du nombre d'inscrits pour l'ensemble des facultés françaises. Cette estimation procède d'une extrapolation statistique des résultats recueillis auprès des 13 subdivisions. Elle tient compte des effectifs d'internes de médecine générale dans les facultés pour lesquelles les données manquent, de la date de création du DESC et du potentiel d'inscriptions dans les formations, parfois ouvertes de façon théorique mais pas sur le terrain, par défaut de terrains de stage agréés conjointement pour le DES de médecine générale.

TABEAU 20
EFFECTIFS D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE INSCRITS EN DESC,
DONNÉES PARTIELLES ET DONNÉES ESTIMÉES

Intitulé du DESC	Nombre d'internes de médecine générale inscrits pour l'année 2006-2007*	Estimation globale
Allergologie et immunologie clinique	0	3
Andrologie	0	0
Cancérologie option « réseaux »	0	0
Dermatopathologie	0	0
Fœtopathologie	0	0
Gériatrie	9	15
Hémobiologie et transfusion	0	1
Médecine de la douleur et soins palliatifs	0	2
Médecine légale et expertises médicales	4	7
Médecine du sport	8	13
Médecine d'urgence	74	123
Médecine vasculaire	7	11
Nutrition	5	8
Pathologie infectieuse et tropicale	3	5
Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques	0	0
TOTAL	110	188

* Résultats partiels, sources : enquête ISNAR-IMG.

Le nombre estimé de 188 inscrits en DESC rapporté au nombre total d'internes de médecine générale qui totalisait un effectif à la rentrée universitaire de plus de 5 000 individus, semble faible. On peut toutefois souligner la forte attractivité du DESC de médecine d'urgence.

Pour l'instant, et en attendant une consolidation et une actualisation de ces données confirmant le diagnostic, une fuite massive de la médecine générale de premier recours *via* les DESC ne se manifeste pas. En revanche, l'éloignement de l'exercice de médecine générale de premier recours existe de toute façon *via* les capacités dont les intitulés sont parfois très proches de ceux des DESC, avec des cours théoriques souvent communs.

Sur ce point, il serait intéressant de comparer le nombre d'inscrits la même année dans les capacités et les DESC correspondants. Les effectifs inscrits en capacités sont sans doute bien supérieurs à ceux observés pour la première promotion de DES de médecine générale pouvant s'inscrire à ces diplômes complémentaires. Cette réalité ne peut que perdurer tant que les capacités existeront, puisque ne peuvent s'inscrire en DESC que des internes en cours de DES alors que peuvent s'inscrire en capacité tous les médecins thésés du début à la fin de leur carrière.

Il est à noter également que chacune de ces formations n'a pas la même finalité ; le DESC de Gériatrie par exemple, classé en type II en est l'exemple unique, puisqu'une fois validé, l'interne perd la qualification de sa spécialité médecine générale d'origine et devient gériatre de plein droit s'il choisit de valider cette qualification. La

possibilité de revenir à un exercice en cabinet de médecine générale ne peut s'opérer qu'après une demande de résiliation de la qualification en gériatrie devant être validée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Parmi les DESC de type I, certains ont une formation à connotation hospitalière très forte, de par leur maquette de stages, en particulier, le DESC de médecine d'urgence qui attire en majorité les internes de médecine générale. Sa maquette (urgences adultes, urgences pédiatriques, réanimation ou unité de soins intensifs, SMUR, dont deux stages en CHU) est très orientée vers une pratique ultérieure hospitalière dans les services d'accueil des urgences (SAU). Cela dit, la possibilité d'exercer secondairement ou concomitamment en tant que médecin généraliste est conservée par le type I du diplôme.

Les autres DESC de type I sont au moins pour le moment assez marginaux : la médecine vasculaire, la nutrition, la médecine légale sont des pratiques qui peuvent s'articuler de façon complémentaire avec des soins primaires, même si leur proportion devrait être amenée à diminuer dans l'emploi du temps du médecin souhaitant exercer sa nouvelle compétence.

Alors que le temps de travail médical effectif et son organisation par les médecins devraient beaucoup évoluer ces prochaines années, toute limitation de l'exercice de la médecine générale de premier recours peut s'avérer préjudiciable à l'accès aux soins. Un équilibre est donc à trouver entre la diminution des temps pleins des généralistes en quête de diversification de leur activité et la nécessité de répondre à des besoins en santé par le biais de professionnels compétents. Cela devrait s'opérer en tenant compte de l'évolution des mentalités des nouveaux arrivants dans la profession, mais aussi de la nécessaire mission d'intérêt général qu'assurent les médecins généralistes.

■ ■ Le stage de 2^e cycle chez le praticien

Le dispositif portant sur le stage de 2^e cycle de sensibilisation à la médecine générale s'inscrit dans le cadre d'une meilleure connaissance de la spécialité de médecine générale dans son exercice de premier recours. Mis en place par l'arrêté du 23 novembre 2006 (arrêté relatif à la deuxième partie du 2^e cycle des études médicales paru au *JO* le 25 novembre 2006), il permet aux étudiants de 2^e cycle qui le souhaitent d'effectuer un stage chez un médecin généraliste appelé « maître de stage agréé ». L'étudiant accompagne son maître de stage, sous la responsabilité de ce dernier, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures.

Selon les remontées d'éléments financiers des DRASS (au 1^{er} octobre 2007), seuls 395 stages de sensibilisation à la médecine générale en 2^e cycle auraient eu lieu en 2007. Ce nombre paraît faible par rapport au 5 982 étudiants en DCEM2, et aux 5 464 étudiants en DCEM3 (année universitaire 2006-2007).

La création récente de ce dispositif avec une procédure de mise en œuvre complexe (procédure de financement, procédure d'agrément par les UFR des médecins généralistes pour être maîtres de stage), conjuguée à une connaissance insuffisante par les étudiants, les universités, voire les CHU, explique vraisemblablement ce chiffre inférieur aux prévisions.

Le tableau 21, qui présente la répartition actuelle de ces stages, fait en outre apparaître qu'ils se concentrent dans quelques régions seulement.

TABLEAU 21

RÉPARTITION DES STAGES DE 2^E CYCLE

Régions	Stage de 2 ^e cycle chez les généralistes
Alsace	0
Bourgogne	27
Bretagne	45
Centre	106
Champagne-Ardenne	9
Franche-Comté	0
Languedoc-Roussillon	0
Limousin	94
Midi-Pyrénées	39
Poitou-Charentes	64
Martinique	11
TOTAL	395

Sources : DHOS.



es conditions d'exercice de l'activité

Les résultats de la plupart des enquêtes et les données disponibles conduisent de façon très convergente à établir le constat selon lequel la médecine générale ne constitue pas un monde unique. Les métiers exercés par les diplômés de médecine générale sont très divers. La part des omnipraticiens libéraux, qui déclarent un exercice particulier, varie selon les départements. Au sein même du groupe des médecins généralistes qui se consacrent aux soins de premier recours, les expériences du métier varient selon les territoires, selon les patientèles, et aussi selon les styles de prise en charge des patients que les praticiens privilégient. Pour illustrer cette diversité, quelques éléments synthétiques complémentaires à ceux déjà soulignés sont d'abord présentés. L'optique est de garder présent à l'esprit le fait d'abord que les attentes des patients à l'égard des médecins généralistes sont diverses. Les pratiques que ces derniers développent relèvent aussi d'une manière toujours singulière de composer entre des projets propres de prise en charge des patients, d'exercer leur « art », et des contraintes et des opportunités qui en permettent avec plus ou moins de bonheur la réalisation. On pourrait objecter que ces constats s'appliquent à tous les médecins. En la matière, il apparaît toutefois que la spécificité de la médecine générale peut être évoquée dans la mesure où le contact direct avec le patient est moins différé et peu filtré¹⁷.

Face à la pluralité des patients et de leurs attentes, il semble difficile aujourd'hui au médecin généraliste de composer seul, c'est sans doute pourquoi beaucoup envisagent un exercice à plusieurs de la médecine de premier recours. Un développement particulier est consacré à cette question dans ce chapitre.



La diversité de l'activité des médecins généralistes

■ ■ Le pourcentage d'assurés ayant choisi leur médecin traitant varie de 64 % à 85 % selon les départements

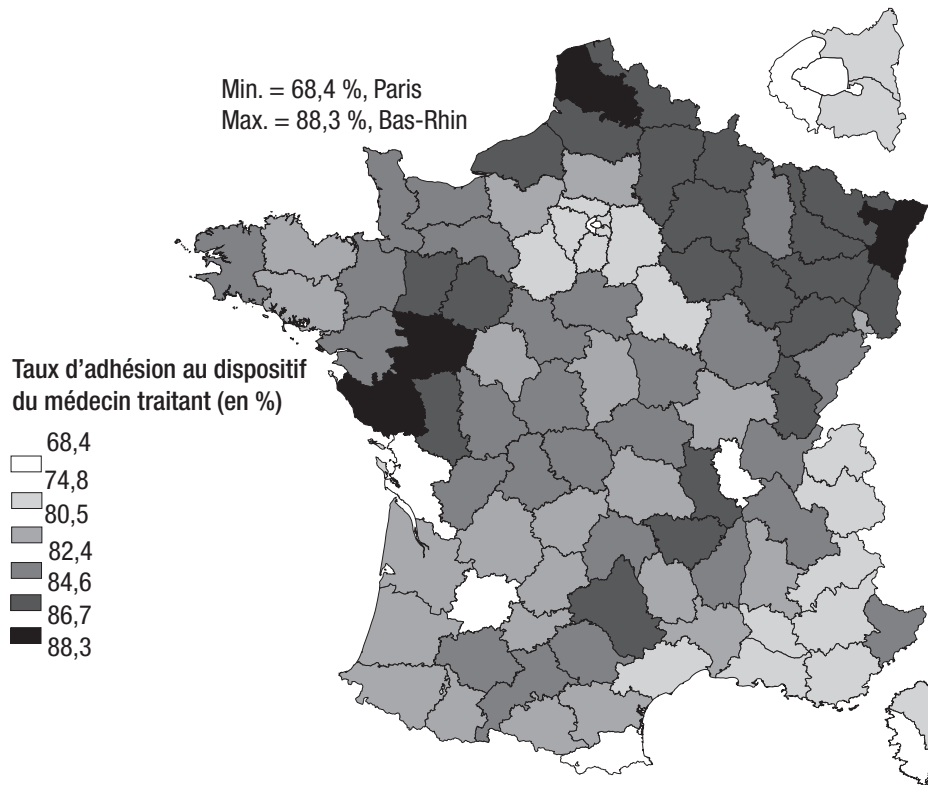
En novembre 2006, près de 80 % des assurés de plus de 16 ans ont déclaré un médecin traitant et choisi à 99,5 % un médecin généraliste libéral. Le taux d'adhésion au dispositif est supérieur dans les départements du Bas-Rhin, du Pas-de-Calais, de la Vendée, mais il est plus faible dans les deux départements de la Corse et à Paris, et dans les Hauts-de-Seine par exemple¹⁸ (carte 8).

17. Cf. contribution de Géraldine Bloy dans ce tome p. 137.

18. *Chiffres et repères 2006*, Assurance maladie.

CARTE 8

TAUX D'ADHÉSION AU DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT



Sources : CNAMTS, novembre 2006.

Ces disparités ne traduisent certainement pas une diversité d'adhésion au dispositif du médecin traitant. Il convient sans doute de rapprocher ces résultats des habitudes locales de recours au médecin généraliste de premier recours et à la consommation de soins. Ainsi, alors que Paris enregistre la densité de médecins généralistes libéraux la plus élevée de la région, la consommation de soins généralistes des Parisiens par habitant est la plus faible de l'Île-de-France. Ces résultats renvoient vraisemblablement à des habitudes différentes de recours au médecin de famille. « Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir un médecin de famille : l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant. Cela confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est plaqué sur un schéma informel préexistant, les assurés y basculant naturellement dans le cadre de leurs relations avec leur médecin habituel ou de famille¹⁹. »

19. Dourgnon Paul, Guillaume Stéphanie, Naiditch Michel, Ordonneau Catherine, « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, n° 124, juillet 2007, IRDES.

■ ■ Des différences de pratiques des médecins généralistes libéraux sont mises en évidence dans la plupart des travaux

La littérature abondante sur les pratiques des médecins généralistes permet de disposer de plusieurs éclairages sur la diversité des styles en médecine générale libérale. Ces phénomènes sont mis en évidence dans les travaux qui se sont développés à partir de prises en charge de patients ou de populations particulières, par les médecins généralistes²⁰. L'analyse des modalités selon lesquelles le « burn-out » peut diversement affecter les médecins généralistes selon leur activité, et les profils de leur patientèle, en constitue un autre traceur²¹.

La variété des façons d'être et de faire que peuvent développer les médecins généralistes pour accueillir et former des médecins à l'occasion des stages illustre aussi les conceptions du métier et de sa transmission que développent les uns et les autres²². Cette pluralité transparaît enfin au moment des décisions de cessation d'activité²³.

Des variations significatives quant à la situation, aux pratiques et aux comportements des médecins généralistes ressortent également des résultats d'une enquête récente menée auprès de 2000 généralistes libéraux exerçant dans cinq régions françaises²⁴. Il est observé, en premier lieu, que les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes en zone rurale et que leur importance varie significativement. Parmi ces activités extérieures, dont on a pu souligner dans les rapports précédents la très probable forte augmentation à l'avenir, les auteurs relèvent que de 14 à 28 % des médecins enquêtés ont déclaré des activités à l'hôpital, le suivi des personnes âgées en institution étant le fait de 38 à 52 % des médecins.

Ces travaux mettent également en évidence la variation des durées du travail. Comprises en moyenne entre 55 et 59 heures hebdomadaires, gardes et astreintes comprises, elles connaissent des variations :

- selon le sexe, les hommes déclarant une durée moyenne supérieure aux femmes ;
- selon l'organisation de l'exercice, les médecins exerçant seuls déclarant une durée supérieure du travail ;
- selon l'âge, les durées de travail déclarées étant les plus importantes pour les médecins âgés de 55 ans et plus ;
- selon la densité médicale, puisque les régions à densité médicale faible se caractérisent par des durées du travail supérieures ;

20. Cf. les nombreuses contributions dans ce domaine présentées dans les actes du colloque organisé par Bloy G. et Schweyer F.-X. *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes, 8 et 9 juin 2006, AFS, ENSP, LAPSS.

21. Davezies P., Daniellou F., *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes*, rapport URML Poitou-Charentes 2004.

22. Bloy G., « La transmissions des savoirs professionnels en médecine générale. Le cas du stage chez le praticien », in « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1 janvier-mars 2005.

23. Véga A., « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », *Documents de travail*, DREES, n° 73, décembre 2007.

24. « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A. et al., *Études et Résultats*, n° 610, novembre 2007, DREES.

- selon la patientèle enfin, l'élévation de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans semblant le facteur susceptible d'avoir le plus d'incidence sur la durée du travail.

La diversité des profils des médecins généralistes, la singularité des populations qui constituent leur patientèle, en termes de pathologies, de besoins ou d'attentes, renvoient à des données structurelles. Cette réalité interroge les analyses ou les projets qui se fondent sur une figure « du » médecin généraliste, capable et désireux d'apporter aux populations les soins exactement conformes à ce que la santé publique, ses pairs ou l'« *evidence based medicine* » attendent de lui.

■ ■ La diversité, si elle n'est pas occultée, ne paraît pas contradictoire avec la définition de missions unificatrices de la spécialité

L'énoncé le plus courant homogénéise « la » médecine générale. Confronté aux résultats des nombreux travaux qui analysent les pratiques associées à ce diplôme et à cet exercice, le maintien de cet énoncé paraît problématique. Un ensemble de facteurs très divers contribue en effet à l'hétérogénéité des expériences et des pratiques des médecins généralistes de premier recours. Par exemple, la présence ou non, dans l'environnement de leur patientèle, d'autres spécialistes, influence sans aucun doute le contenu des prises en charge des patients et donc leur activité. Deux angles de vue adoptés dans des travaux consacrés à la situation des médecins généralistes de premier recours permettent de prendre la mesure des diverses dimensions qui caractérisent de façon singulière cet exercice. Le premier, adopté par Davezies et Daniellou, a été construit à partir d'une analyse sur les processus qui conduisent ou pas, et avec plus ou moins de force, à des situations de *burn-out* chez les médecins généralistes.

« Notre diagnostic général pourrait être résumé comme suit :

- Les médecins doivent faire un compromis entre leur revenu cible, leur temps de travail, la durée moyenne des consultations, leur style (entre fermeture et ouverture), le tout dans un cadre marqué par l'organisation du cabinet ;
- Un ensemble de charges annexes (administration) vient rendre plus difficile la construction du compromis ;
- Suivant le point d'équilibre que construit chaque médecin, les formes de souffrance, qui peuvent conduire au *burn-out*, sont différentes. L'idée d'un malaise des médecins doit être déclinée en plusieurs variantes, pour lesquelles les formes d'action ne sont pas les mêmes. Ces différences sont une des difficultés du débat collectif, qu'il est pourtant essentiel de réactiver ;
- La différence de styles entre médecins est difficile à gérer entre médecins d'un même cabinet, ou entre un médecin et son remplaçant ;
- Il n'est pas certain que les différents « styles » de médecins soient également représentés dans les instances syndicales et professionnelles. Par ailleurs, une partie de l'expression du malaise des médecins portée collectivement constitue plus une défense qu'une description des dilemmes avec lesquels ils se débattent dans leur activité quotidienne. Dans ces conditions, les actions susceptibles de diminuer les difficultés exprimées par les médecins ne relèvent évidemment pas d'un seul registre. Elles ne sont pas non plus purement techniques, le

débat autour de ces résultats et de ces propositions étant une des composantes essentielles de l'approche proposée²⁵. »

Un autre angle de vue de la diversité des prises en charge des patients que les médecins généralistes de premier recours sont amenés à développer est adopté par P. Urfalino. Le travail réalisé porte sur l'analyse des facteurs permettant d'expliquer les écarts, souvent constatés, entre la pratique des médecins généralistes et les recommandations de l'ANAES²⁶. L'inadaptation des recommandations qui est avancée comme une explication de ces écarts ne signifie pas pour les auteurs leur disqualification, non plus que la supériorité indépassable de la pratique actuelle. Elle résulte d'une d'observation qui met en évidence que, par exemple, la pratique du médecin n'accorde pas une place aussi prépondérante au premier diagnostic que le présuppose la recommandation dans le cas de l'asthme. « La réaction au traitement était pour le généraliste beaucoup plus informative qu'un diagnostic long et méticuleux fait à partir des signes cliniques. »

En conclusion de leur étude, les auteurs tirent une leçon générale : « On ne peut infléchir une pratique que par une autre pratique : il est illusoire de penser que la diffusion d'un savoir ou d'une information pourra directement provoquer un changement ; ce savoir ou cette information ne sont des vecteurs de changement que si, pour une raison ou une autre, les acteurs concernés ont pu les transformer en pratiques alternatives²⁷. »

Il est vraisemblable que ces constats pragmatiques, qui s'imposent sur les conditions favorables à l'adoption de recommandations de bonnes pratiques, ont une portée plus générale dans la conduite des changements qui sont à l'ordre du jour. Les observations formulées peuvent être rapprochées, par exemple, des résultats d'une étude récente dont les résultats font apparaître que les médecins généralistes libéraux portent un jugement très négatif sur les dossiers ALD (affection de longue durée) qu'ils jugent à la fois chronophage et inutiles²⁸.

L'exercice isolé, qui domine aujourd'hui largement la médecine générale, n'apparaît plus comme un modèle privilégié

Les médecins généralistes exercent leur métier de façon isolée en France, plus que dans d'autres pays. En effet, selon un rapport de l'Inspection générale des finances cité dans l'étude menée par l'IGAS sur les actions à mener pour favoriser le regrou-

25. Davezies, Daniellou, rapport cité.

26. Urfalino P, Bonetti E. *et al.*, *Les Recommandations à l'aune de la pratique. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Centre de sociologie des organisations, union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes, octobre 2001. Cette étude a été réalisée à la demande de l'URML dans le cadre de sa mission d'« évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ».

27. Cf. également Trepos J.-Y. et Laure P., *La Prise de recommandation par les médecins généralistes*, étude sur l'appel d'offres 2001-2002 de l'ANAES, rapport final, octobre 2004.

28. Cf. *Le Travail administratif des médecins généralistes. Bilan, perception et attentes*, rapport final, Direction de la Sécurité sociale, Eurostaf, *Les Échos*, décembre 2007.

pement des professionnels de santé exerçant en libéral²⁹, l'exercice isolé concerne 58 % des médecins, contre 8,5 % des médecins au Royaume-Uni, 25 % aux USA et 16 % au Québec³⁰. Pourtant, tant les aspirations que semblent exprimer les jeunes générations de médecins pour un exercice professionnel plus collectif que les orientations prises par les pouvoirs publics en sa faveur indiquent que le regroupement des médecins, et plus largement des professionnels de santé, pourrait devenir une figure d'avenir de l'offre de soins. Le regroupement des professionnels de santé est présenté comme une des solutions susceptibles notamment de résoudre la crise des vocations que connaît l'exercice de la médecine de premier recours.

L'importance désormais accordée à ce sujet justifie la place qui lui est consacrée dans ce rapport. Un point de cadrage concerne d'abord les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe. Cet exposé s'appuie largement sur les données rassemblées et les analyses déjà conduites dans le cadre de rapports et de publications consacrés à cette question.

Une information sur l'environnement réglementaire et fonctionnel permettant aujourd'hui l'exercice en mode regroupé est ensuite rassemblée. Elle évoque également le cadre actuel qui permet aux médecins généralistes d'intervenir dans les centres de santé et les hôpitaux locaux. Ce mode d'exercice mixte (libéral/salarié) constitue, avec l'exercice regroupé, une des voies les plus citées pour améliorer l'attractivité de la médecine de soins primaires³¹.

Les obstacles rencontrés, ainsi que les pistes d'amélioration déjà explorées ou couramment évoquées pour que ce mode d'exercice trouve une meilleure assise, sont ensuite rappelés.

■ Les caractéristiques actuelles de l'exercice en groupe dans le secteur libéral

L'exercice en groupe renvoie à deux ordres de réalité qu'il convient préalablement de distinguer. Sous sa forme la plus développée actuellement en France, il se limite à la mise en commun de moyens matériels, dans l'un des cadres juridiques prévus à cet effet. Ce partage des moyens et des coûts associés au fonctionnement d'un cabinet caractérise actuellement, dans la majorité des cas, ce qu'on désigne par exercice en groupe. Si cette formule présente des avantages en termes d'organisation du temps et de réponse à des contraintes, comme celle de la permanence des soins par exemple, elle ne coïncide pas, ou pas forcément, avec une pratique professionnelle différente de celle classiquement développée par un médecin qui exerce de façon isolée.

29. Jeannet A., Vienne P., *Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*, rapport IGAS ; rapport 2004, avril 2004. L'étude menée par l'IGAS, particulièrement documentée, constitue une référence, notamment en matière de recommandations.

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

31. Cf. contribution de Schweyer F.-X. dans ce tome.

L'exercice en groupe renvoie également à une autre perspective, dans laquelle la mise en commun de moyens matériels accueille un projet professionnel collectif d'exercice et une tentative alternative d'organisation des soins et de prise en charge des patients. Cette figure du regroupement correspond davantage à celle qui est mise sur le devant de la scène aujourd'hui. Pour partie, cette dernière perspective rencontre des objectifs proches de ceux qui sont à l'origine de la création des « réseaux » ou des « pôles de santé », qui visent à coordonner les prises en charge des patients, sans toutefois que cela se concrétise par la présence sur un même lieu d'exercice.

Les données statistiques disponibles permettent d'identifier le taux d'exercice en groupe et de distinguer, selon les spécialités médicales, la part que prend ce mode d'exercice. Toutefois, ces données globales ne sont pas organisées aujourd'hui à partir de catégories permettant d'identifier quelles sont les pratiques professionnelles associées. Cela provient notamment du fait que, si les projets professionnels diffèrent, les formes juridiques qui permettent de les accueillir sont pour l'instant identiques.

Les approximations dans ce domaine proviennent de la non-concordance des champs et des définitions à partir desquels les recensements s'effectuent. Les catégories utilisées pour repérer les effectifs, de nature administrative et fiscale, sont peu opératoires dès lors que l'on veut apprécier l'orientation de l'exercice qui est en jeu. Les situations sont donc aujourd'hui difficiles à cerner, entre le regroupement réduit à la simple mise en commun de moyens et le regroupement porteur d'un projet professionnel et/ou de prise en charge des patients.

■ ■ De nombreuses imprécisions compliquent l'identification des professionnels qui pratiquent un exercice en mode regroupé

Une identification des effectifs des professionnels de santé exerçant en mode regroupé, selon les différentes statistiques disponibles, a été réalisée dans le cadre d'un rapport de l'IGAS. En dépit de la fragmentation et de l'hétérogénéité des données existantes, les auteurs du rapport ont pu procéder à plusieurs approximations au 1^{er} janvier 2003³².

Les spécialités réputées les plus techniques (comme pneumologie, anesthésie, radiologie) sont celles où le taux d'exercice en groupe est le plus fort. Le pourcentage d'exercice en groupe varie de 21 % pour les spécialistes à activité peu technique (comme la psychiatrie) à 60 % pour les spécialistes à activité plus technique, de portée diagnostique ou interventionnelle. Ce pourcentage atteint 80 % pour les radiologues.

Les omnipraticiens considérés globalement, sans distinction ici de l'orientation de leur activité, notamment de premier recours ou non, comme l'ensemble des spécialités non techniques, sont proportionnellement moins nombreux à exercer en groupe. Au 1^{er} janvier 2003, le taux d'exercice en groupe s'établit pour eux à 42 %³³.

32. Rapport IGAS cité.

33. Sources : extraction par la DREES du fichier ADELI, rapport IGAS cité.

■ ■ L'environnement réglementaire et fonctionnel de l'exercice en groupe de la médecine générale

En France, le Code de déontologie (articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique) délimite les conditions d'exercice en groupe entre médecins de même spécialité, de spécialités différentes ou entre professionnels de santé. Dans cette limite, les médecins généralistes peuvent depuis plusieurs années exercer en cabinet de groupe, en s'appuyant sur certains outils juridiques applicables aux sociétés.

Par ailleurs, les médecins généralistes souhaitant un mode d'exercice qui s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire peuvent exercer leur activité au sein de structures de soins agréées ou autorisées. À côté de ces modalités d'exercice de groupe classiques, la réglementation a évolué pour mieux prendre en considération les projets d'exercice dans un cadre regroupé.

■ ■ L'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe

Le médecin généraliste qui souhaite exercer son activité libérale au sein d'un groupe dispose de plusieurs possibilités qui s'articulent autour de deux grandes formes juridiques de sociétés.

Ces dernières sont des solutions juridiques renforcées au regard de la possibilité minimale que constitue le contrat d'association entre médecins de même spécialité sans ou avec partage d'honoraires.

Les grandes formes juridiques de sociétés sont les suivantes.

- **Les sociétés de moyens** : comme les sociétés civiles de moyens (SCM) et les groupes d'intérêt économique (GIE), elles permettent, entre des associés qui peuvent appartenir à des professions de santé différentes, la mise en commun du matériel, du personnel et des locaux professionnels. Chaque associé est personnellement imposable.

La SCM souscrit une déclaration dans laquelle elle donne l'état détaillé des dépenses réparties entre chaque associé, l'état des charges à payer et payées d'avance, le compte de résultat fiscal et la répartition de ce résultat. Les recettes de la société sont les contributions aux frais communs versées par les associés pour couvrir ces dépenses. Chaque associé déclare ses honoraires perçus, ses dépenses personnelles et celles réparties à son nom pour la SCM, la part du résultat lui incombant (déficit ou bénéfice de la SCM). La SCM peut être en déficit si une partie de ses charges n'a pas été couverte par les remboursements de chacun de ses associés, par exemple pour l'amortissement d'un matériel. Elle peut être bénéficiaire par le produit de la vente d'un de ses actifs.

Les GIE ne sont en revanche pas imposables.

- **Les sociétés ou groupements d'exercice** : ils permettent la mise en commun, non seulement des moyens, mais aussi de l'exercice professionnel des médecins. Il s'agit d'une véritable intégration des cabinets des praticiens concernés dans une société. Cette intégration se traduit notamment par une mise en commun des fichiers de clientèle, une spécialisation de l'exercice ou une mise en commun (partielle ou totale) des honoraires.

Ces sociétés comprennent :

➔ **Les sociétés de personnes.** Pendant longtemps, ces sociétés étaient uniquement des sociétés de personnes dans lesquelles le bénéfice n'était pas directement imposable au nom de la société, mais au nom personnel des associés (en proportion de leurs droits). On trouve parmi elles les sociétés de fait, les conventions d'exercice conjoint et les sociétés en participation d'exercice libéral. Toutes les trois ont la personnalité juridique d'un groupement de fait. Dans les sociétés de personnes, on trouve également la société civile professionnelle (SCP), créée en 1977, et ayant la personnalité juridique d'un groupement de droit (personnalité morale). De par sa personnalité morale, la SCP devient membre de la profession, inscrite à l'Ordre des médecins, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés, et est censée exercer la profession. Les associés, tous de la même profession, ne cessent pas pour autant d'être membres de la profession, mais sont considérés comme cessant d'exercer à titre individuel. La SCP encaisse donc l'ensemble des honoraires représentant l'activité de ses membres et en supporte l'intégralité des charges.

Les sociétés d'exercice souscrivent toutes une déclaration BNC 2035 où elles déclarent la somme des honoraires et des charges incombant à la société. Chaque associé remplit également une déclaration BNC 2035-AS³⁴ avec la quote-part du résultat fiscal de la société lui revenant. Il déduit de cette quote-part les frais qu'il a personnellement supportés.

➔ **Les sociétés de capitaux.** En 1991, les sociétés d'exercice libéral (SEL) ont été créées. Il s'agit de sociétés de capitaux qui permettent aux médecins de disposer de capitaux et du statut social de salarié. Les bénéfices réalisés par la société sont déterminés selon les modalités des bénéfices industriels et commerciaux. La société déclare ses bénéfices et ses charges à l'impôt sur les sociétés IS 2065. Ses associés déclarent généralement les revenus issus de leur activité dans l'impôt sur les revenus IRPP 2042, mais ont la possibilité de le faire, sur option, dans la déclaration BNC 2035-AS. Cette structure juridique permet également la pluridisciplinarité au sein de la société.

• **Les maisons médicales** s'appuient sur ces différentes formes juridiques, indifféremment. N'ayant pas de définition juridique propre, elles constituent seulement un cas particulier de l'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe.

• **Les maisons médicales pluridisciplinaires** sont des cabinets de groupe généralement fondés sur les sociétés civiles regroupant des professionnels libéraux. Les soignants n'y sont pas salariés.

Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et les coopérations entre professionnels de santé, et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels.

Les maisons de santé pluridisciplinaires ont été définies comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires. Elles bénéficient de soutiens publics et aussi de l'attention des élus locaux à ce titre³⁵.

34. Ces déclarations sont présentes, de façon indifférenciée, dans les fichiers fiscaux BNC 2035 que la DREES exploite pour estimer les taux de charges des médecins.

35. L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007 qui définit les maisons de santé.

■ ■ L'exercice de la médecine générale en structures de soins autorisées ou agréées

L'exercice de la médecine générale en groupe dans les centres de santé

Il s'agit d'une catégorie identifiée par les codes de la santé publique (L. 6323-1 du CSP) et de la Sécurité sociale (L. 162-32 du CSS). Les centres de santé sont des structures agréées qui assurent une activité de soins, de diagnostic, de prévention, d'éducation pour la santé, de dépistage et d'accompagnement social. Les centres de santé restent en nombre limité, évalué à environ 1 700 centres toutes disciplines confondues.

Les soignants y sont salariés ou vacataires, mais l'activité des centres est rémunérée à l'acte. En effet, un accord national signé par l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives des différentes catégories de centres de santé (centres de soins infirmiers, centres de soins médicaux, centres de soins dentaires et polyvalents) détermine notamment les conditions générales d'application des conventions nationales spécifiques à chaque profession. Cet accord national définit également les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins. Un nouvel accord national est actuellement en cours de négociation.

Au-delà de leur unité juridique, les centres de santé présentent des profils d'activité très diversifiés (médecine générale et spécialisée, soins dentaires, paramédicaux ou examens de biologie). Certains centres, dont les centres infirmiers, assurent les soins à domicile.

La Haute Autorité de santé a publié un référentiel d'évaluation des centres de santé en février 2007.

Une étude sur les centres de santé en France, confiée par la DHOS à un conseiller général des établissements de santé, a émis en 2007 des propositions pour adapter ces structures, afin de leur permettre d'une part de surmonter leurs difficultés financières, et de mieux répondre d'autre part aux exigences de planification démographique et aux attentes des jeunes médecins en matière d'exercice professionnel.

L'activité en hôpital local des médecins généralistes

Les dispositions réglementaires fixant les conditions de fonctionnement des hôpitaux locaux (articles D.6141-17 et suivants du Code de la santé publique) ouvrent la possibilité pour les médecins généralistes qui en font la demande d'être autorisés à dispenser des soins en hôpital local.

Les médecins doivent respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur, et exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique permettant leur participation à la permanence médicale de l'établissement.

Cette activité s'effectue dans un cadre libéral. Le médecin perçoit, sur la base d'un état déclaratif de son activité mensuelle sur chaque malade, des honoraires versés par l'hôpital local minorés d'une redevance de 10 % pour participation aux frais de structure, de personnel et d'équipements hospitaliers de l'établissement. Le médecin peut être indemnisé forfaitairement pour sa participation à des réunions des instances pour l'examen de questions relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

■ ■ Les évolutions de la réglementation

LES MODIFICATIONS DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE PERMETTANT LE DÉVELOPPEMENT DU COLLABORATEUR LIBÉRAL ET DU COLLABORATEUR SALARIÉ

L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises autorise les professionnels de santé libéraux à exercer avec le statut de collaborateur associé libéral, facilitant un exercice partiel dans plusieurs sites. Le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 a adapté le Code de déontologie médicale afin de permettre au médecin libéral d'être assisté d'un collaborateur. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré un contrat type permettant la mise en œuvre de ces mesures.

Par ailleurs, le décret du 13 décembre 2006 a supprimé, à compter de juin 2007, l'interdiction déontologique pour un médecin de salarier un confrère. L'UNCAM et les syndicats médicaux doivent définir prochainement les modalités pratiques et conventionnelles permettant une mise en œuvre concrète de ces dispositions.

■ ■ Les mécanismes incitatifs à l'exercice en groupe de la médecine générale

A) LES MÉCANISMES CONTENUS DANS LE PARCOURS DE SOINS

La convention médicale prévoit spécifiquement la situation du remplacement du médecin traitant dans un cabinet de groupe. Ainsi, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré sans pénalisation par un médecin participant au cabinet de groupe. Cette possibilité constitue un des avantages du cabinet de groupe, en permettant une gestion souple pour les médecins et les patients des absences et des remplacements.

B) LES MÉCANISMES INCITATIFS FINANCIERS

Depuis plusieurs années, des mécanismes financiers sont venus appuyer directement ou indirectement la mise en place d'exercices regroupés. Ces aides sont soit à destination des professionnels, soit à destination des structures.

Pour les professionnels

Les contrats UR CAM. L'article L. 183-1-2 du Code de la Sécurité sociale, introduit par la loi Assurance maladie du 13 août 2004, ouvre la possibilité pour les unions régionales des caisses d'assurance maladie (UR CAM) de conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration des pratiques et, le cas échéant, sur les dépenses liées à leurs prescriptions, ainsi que sur les modalités d'évaluation du respect de ces engagements. Ces contrats sont soumis pour avis aux UR ML.

En raison des engagements relatifs aux prescriptions négociées dans la convention médicale, et en l'absence de dispositions permettant de limiter le risque de disparités interrégionales de tels contrats, les partenaires de la convention médicale n'ont pas souhaité, à ce jour, assurer la promotion de ces dispositions.

La rémunération forfaitaire prévue par la convention médicale. L'avenant n° 20 à la convention médicale, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, précise les conditions d'aides visant à faciliter l'installation et l'exercice des médecins généralistes dans les zones déficitaires définies par les missions régionales de santé (MRS). Cet avenant prévoit le versement d'un forfait annuel représentant 20 % de la rémunération de son activité de consultation et de visite pour le médecin généraliste qui adhère à cette option. Le médecin doit, pour bénéficier de cette rémunération supplémentaire versée directement par l'Assurance maladie, exercer en cabinet de groupe.

En septembre 2007, les premiers éléments recueillis par la CNAMTS montrent que, sur les 1583 médecins généralistes installés dans les 379 zones définies par les MRS comme déficitaires, 469 généralistes avaient formulé une demande d'adhésion à cette l'option. 380 adhésions ont été acceptées (dont 30 concernaient des primo-installations) et 86 refusées, notamment pour défaut d'installation dans une zone déficitaire (65 %), ou pour défaut de regroupement (23 %). Les 2/3 des médecins adhérant à l'option ont choisi comme mode de regroupement un contrat de société assorti d'un contrat d'association.

Les aides des collectivités locales. L'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales, inséré par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, ouvre la possibilité pour les collectivités territoriales d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones géographiques déficitaires en offre de soins. Ces aides incitatives peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel, destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins.

Pour les structures

Les aides des fonds de l'Assurance maladie : FAQSV et FIOCS. L'article L. 221-1-1 du Code de la Sécurité sociale permet à l'Assurance maladie de contribuer au financement de projets de maison de santé ou de réseaux de soins par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIOCS). Le FIOCS a remplacé le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale des réseaux de santé (DNDR), depuis la modification introduite par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

Les aides concernent en priorité les projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) implantées dans une zone déficitaire ou fragile, en offre de soins définie en application de l'article L. 162-47 du Code de la Sécurité sociale.

La CNAMTS a diffusé, dans une *Lettre-Réseau* du 27 mars 2007, un référentiel d'éligibilité à des soutiens financiers des projets de maisons de santé pluridisciplinaires par le FIOCS, ainsi qu'un cahier des charges de l'évaluation fixant les données à produire par le promoteur au terme de trois ans de fonctionnement.

Les conditions d'éligibilité des projets pour bénéficier de soutiens financiers concernent le lieu d'implantation (zones déficitaires en offre de soins ou zones identifiées comme fragiles en raison de cessations d'activité à venir, ainsi que la cohérence de l'implantation au regard d'une approche globale d'aménagement du territoire), la formalisation d'un projet collectif de santé (organisation de la continuité des soins, participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques, objectifs de qualité des soins, participation à des actions de santé publiques locales, prise en charge pluridisciplinaire des patients le nécessitant...) et un fonctionnement pluridiscipli-

naire et coordonné, avec un noyau dur de professionnels de santé constitué de médecins généralistes, d'infirmières et, si possible, de masseurs-kinésithérapeutes.

Si aucun élément n'est actuellement disponible concernant l'impact de cette Lettre-réseau sur le nombre et le fonctionnement des MSP financées au titre de 2007, le rapport d'activité 2006 du FAQSV indiquait le financement de 19 projets de MSP implantées dans 7 régions différentes et pour un montant total d'un peu plus de 702 000 euros. Huit d'entre eux étaient de nouveaux projets. Une brève analyse de ces projets montre que ces structures sont très majoritairement implantées en zone rurale, fonctionnent pour la plupart aux heures habituelles d'ouverture des cabinets libéraux et, pour 5 d'entre elles, assurent aux heures de permanence des soins des fonctions de maisons médicales de garde. Les équipes de professionnels de santé intervenant dans ces maisons étaient constituées *a minima* de médecins généralistes et d'infirmiers (4 projets), auxquels étaient très souvent associés des masseurs-kinésithérapeutes (8 projets). 9 projets se distinguent par la diversité des professionnels de santé participant (orthophoniste, diététicien, psychologue, dentiste, voire pharmacien). 13 d'entre elles bénéficiaient d'un cofinancement du FAQSV et des collectivités territoriales.

Il convient également de noter la contribution de la mutualité sociale agricole (MSA) à ces structures. Ainsi, afin de garantir une offre et une continuité des soins dans des zones rurales isolées, elle a récemment soutenu la création de 9 sites de maisons de santé rurales pluridisciplinaires, regroupant médecins, professionnels paramédicaux, pharmaciens et ambulanciers. Ils se situent dans la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente-Maritime, l'Aveyron, la Haute-Loire, les Pyrénées-Atlantiques, la Loire-Atlantique, la Meurthe-et-Moselle et les Vosges.

Enfin, dans le cadre des États généraux de l'organisation de la santé, l'annonce d'une aide de 5 millions d'euros pour le financement des maisons de santé a été faite par la ministre. Cette aide, allouée par le FIQCS, pourrait bénéficier à une centaine de maisons de santé existantes ou en projet, dès 2008.

Les aides des collectivités territoriales. Bien que la possibilité de financer des MSP ne soit pas explicitement précisée, elle n'est pas exclue. De plus, l'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales prévoit également la possibilité pour les collectivités territoriales d'attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.

C) LES MÉCANISMES PRÉVUS AU PLFSS 2008

L'article 44 du PLFSS du 19 décembre 2007 permet aux missions régionales de santé de mener des expérimentations, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Les objectifs de ces expérimentations sont de libérer du temps médical, de maîtriser les coûts, de valoriser les démarches qualité, de développer des nouvelles pratiques et fonctions telles la prévention et l'éducation thérapeutique et d'améliorer l'accès aux soins et la coordination. Elles devraient donc, prioritairement, se dérouler dans des cabinets de groupe. Elles permettront de tester de nouveaux modes de rémunération qui pourraient être privilégiés dans ces structures. Les modalités particulières doivent être définies par décret.

Les déterminants et les enjeux du regroupement des professionnels de santé en médecine de premier recours

Pour les professionnels déjà engagés dans une expérience de regroupement correspondant à un projet d'exercice de la médecine et de prise en charge du patient, cette pratique ne constitue pas, de façon prépondérante, une réponse à la question démographique. Les maisons de santé peuvent constituer une possibilité permettant de conserver une offre de soins dans des zones isolées, mais plusieurs aspects distinguent ces initiatives de celles qui sont portées par les professionnels eux-mêmes. D'abord, ces expériences se développent principalement à l'initiative des institutions publiques ou des élus, sans que les professionnels soient forcément associés. Elles semblent ensuite poser des problèmes de rentabilité ou de retour sur investissement plus aigus.

Deux éléments paraissent essentiels aux yeux des promoteurs qui sont porteurs, à travers le regroupement, d'une vision de l'exercice de la médecine de proximité : la nécessité d'un projet de prise en charge du patient et la reconnaissance de l'apport des autres professionnels. Les « autres professionnels » désignent les personnels paramédicaux, mais, dans le cadre d'une association monodisciplinaire, les autres peuvent désigner également les pairs qui, du fait de leur parcours ou de leur sensibilité personnelle, constituent des ressources complémentaires d'échanges et de réassurance, par exemple pour l'établissement du diagnostic. Notons que, pour l'instant, l'exercice en association monodisciplinaire est très majoritaire (90,5 %). Le rapport de l'IGAS soulignait que « le cadre déontologique, juridique et économique est peu propice au regroupement des professionnels (interdiction de la pluralité d'exercice, du salariat pour les médecins et les infirmiers, du partage d'honoraires, statut du remplaçant). (...) L'adaptation du droit des sociétés aux règles déontologiques a conduit à l'élaboration de cadres juridiques contraignants et dont la portée varie selon le caractère mono ou interprofessionnel du regroupement ».

Le tableau 22 récapitule les différents statuts autorisés aux professionnels de santé libéraux. On peut relever que ces informations, présentées dans le rapport IGAS en 2004, sont toujours, et dans les mêmes termes, d'actualité.

TABLEAU 22

LES STATUTS JURIDIQUES D'ENTREPRISES AUTORISÉS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Statut juridique de l'entreprise	Professions de santé exerçant en libéral autorisées par la loi à choisir ce type de société
Entreprise individuelle ou en nom propre ou entreprise en nom personnel, c'est le mode le plus fréquent des entreprises de santé	Toutes les professions de santé
Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL)	Seuls sont autorisés les pharmaciens et les biologistes
Société civile de moyens (SCM)	Toutes les professions de santé réglementées ou non
Société en nom collectif (SCN)	Seuls sont autorisés les pharmaciens
Société à responsabilité limitée (SARL)	Seuls sont autorisés les pharmaciens et les biologistes
Société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL)	Toutes les professions de santé
Société d'exercice libéral à responsabilité limitée en forme anonyme (SELAFA)	Toutes les professions de santé
Société d'exercice libéral en commandite par actions (SELCA)	Toutes les professions de santé
Société civile professionnelle (SCP), société non commerciale composée de plusieurs associés exerçant la même profession libérale	Les professions de santé à l'exception des orthophonistes, des pédicures, des podologues, des pharmaciens, des sages-femmes
Société par actions simplifiée (SAS), société par actions simplifiée unipersonnelle (SASU)	Aucune des professions de santé n'est autorisée à constituer de telle société

Sources : Rapport IGAS, n° 2004 044.

■ ■ Certains des obstacles au regroupement des professionnels de santé ont été levés, mais les effets de ces évolutions ne peuvent encore se traduire quantitativement

Une série d'obstacles, finement répertoriés dans le rapport de l'IGAS, peuvent expliquer le faible développement de ce mode d'exercice de la médecine. Le cadre juridique, déontologique et économique qui a caractérisé en France l'exercice libéral s'est avéré peu propice au regroupement des professionnels. Il est aujourd'hui assoupli sur de nombreux points, mais ces évolutions, très récentes et sans doute encore largement méconnues des professionnels, ne peuvent donner lieu à des transformations de comportement statistiquement perceptibles. En sorte que la situation actuelle résulte encore largement du contexte décrit dans le rapport de l'IGAS, en dépit des assouplissements permettant l'exercice multisite (décret n° 2005-481 du 14 mai 2005).

Le rapport indiquait que la voie la plus utilisée pour le regroupement en médecine générale, du fait de la complexité des montages juridiques, est le simple contrat d'association ou la société civile de moyens (SCM) associée à un contrat d'exercice en commun.

Les données rassemblées par le CNOM confirment cette tendance. Selon les informations recueillies, en 2006, 82 % des omnipraticiens exerçant en groupe ont choisi l'une ou l'autre de ces formes juridiques (42,2 % sont en SCM, 39,9 % en association d'exercice)³⁶.

■ ■ Une faible reconnaissance institutionnelle freine le développement du regroupement des professionnels de santé

Il est vraisemblable que les promoteurs des maisons de santé pluridisciplinaires (c'est-à-dire regroupant plusieurs professionnels de santé) présentent quelques particularités. Ces initiatives supposent, pour aboutir, une certaine ténacité et des ressources qui ne font pas l'objet d'un enseignement dans les facultés de médecine. L'identification des obstacles rencontrés et l'examen des solutions qui permettraient de faciliter ce modèle d'organisation des soins constituent une tâche essentielle. De façon paradoxale, le regroupement et plus largement l'exercice collectif des soins s'imposent dans les discours publics comme une figure d'avenir évidente, mais toujours sous de multiples réserves, qu'aucune analyse ni aucune évaluation n'ont permis à ce jour de lever. En sorte que, comme le soulignent les auteurs de l'IGAS en conclusion de l'étude : « Il convient d'approfondir le cadre de la décision publique. Celle-ci ne dispose pas des moyens d'une décision positive ou négative au regard des projets qui se développent. » De façon symétrique, et en conséquence de l'absence de cadre global d'appréciation de cette organisation des soins, ce sont les porteurs et les acteurs des projets qui se trouvent en situation de se justifier en permanence et au gré des critères divers des multiples interlocuteurs qui assurent la pérennisation du fonctionnement de leurs structures³⁷.

36. CNOM, « Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006, "Les spécialités en crise" », *Étude*, n° 39-2.

37. Cf. L'exercice de groupe fait l'objet de dispositions spécifiques contraignantes, rapport IGAS cit., p. 57-58.

En effet, les acteurs des modes d'exercice regroupé doivent généralement franchir un certain nombre d'obstacles et développer une multiplicité de démarches. Ce cadre d'exercice n'est pas stabilisé du fait de la multiplicité des cadres réglementaires³⁸.

Par exemple l'article 94 constitue une dérogation à l'article 22 qui interdit le partage d'honoraires, mais le fait que cette dérogation soit limitée aux associés qui exercent tous la médecine générale ou qui sont tous spécialistes de la même discipline a considérablement limité les possibilités de pluridisciplinarité souhaitée par les promoteurs.

Autre exemple cité par l'IGAS, l'article 91 qui impose pour tout regroupement un contrat écrit entre les professionnels et une procédure de vérification par les conseils de l'Ordre.

Enfin, en matière de soutien financier, les acteurs concernés mentionnent fréquemment les problèmes que posent les incertitudes associées au paiement des subventions spécifiques. Dans le cadre de la séance consacrée à ce sujet à l'ONDPS, il a été également relevé que les subventions liées au fonctionnement en réseau sont préférentiellement affectées au secteur hospitalier, au détriment du secteur libéral regroupé. L'initiative en cours de la Caisse nationale de l'assurance maladie pourrait apporter des améliorations, dans la mesure où elle vise à préciser, au plan national, les conditions d'un soutien financier de l'Assurance maladie aux projets de maisons de santé pluridisciplinaires³⁹.

On peut également souligner la possibilité ouverte aux maisons de santé, à titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008, de se substituer aux médecins qui exercent en leur sein, en ce qui concerne les accords de bon usage des soins prévus à l'article L.162-12-17 du Code de la sécurité sociale.

■ ■ L'absence de « mesure » de l'efficacité des pratiques développées dans un cadre regroupé n'est pas spécifique à ce mode d'exercice

Pour emporter pleinement l'adhésion, il est souvent énoncé que les pratiques développées en mode regroupé devraient faire preuve de leur efficacité. On peut relever à cet égard que les réserves que provoque l'exercice regroupé relèvent de problématiques qui peuvent concerner, de façon plus générale, toutes les organisations de soins.

En effet, parmi les questions qui sont généralement posées pour examiner l'apport de l'exercice regroupé, deux concernent *a priori* également les autres formes d'offre de soins. D'une part, celle du coût et de l'efficacité et celle, d'autre part, de l'apport pour le patient. Le projet de référentiel défini par la CNAMTS prévoit d'ailleurs des indicateurs sur ces questions, ainsi que sur celle du renforcement des pratiques coopératives⁴⁰.

Quelques arguments plaideraient pour que les exigences ou les réserves formulées à l'encontre de tel ou tel mode d'exercice puissent s'appliquer de la même

38. Rapport IGAS cité.

39. L'élaboration d'un projet de référentiel d'éligibilité à des soutiens financiers procède d'une réflexion commune entre les services de la CNAMTS et plusieurs URCAM. *Lettre réseau* : LR/DDGOS/202007.

40. Doc. cité.

façon à tous. Ainsi, l'exercice plus collectif de la médecine, qui peine à trouver sa reconnaissance dans le secteur libéral, va pourtant de soi dans un cadre hospitalier où médecins et auxiliaires médicaux collaborent en permanence ; de la même façon, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, comme l'amélioration de l'efficacité du système de soins, sont des objectifs généraux qui s'appliquent à tous les secteurs, mais qui ne disposent pas jusqu'alors d'une évaluation spécifique.

■ Les voies permettant une plus grande compatibilité entre un exercice plus collectif des soins et le système de reconnaissance des actes

Si l'on se réfère aux trois principaux modèles d'organisation des systèmes de soins primaires distingués par l'IRDES, l'exercice regroupé en maison médicale s'apparente au « modèle professionnel de coordination développé notamment au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et au Québec, qui caractérise une offre de soins dispensée par un groupe de médecins de taille importante (6 à 9), collaborant avec d'autres professionnels de santé⁴¹ ».

Le mode de rémunération dans ces pays est mixte ou par capitation. La dominante du paiement à l'acte en France semble bien, en effet, un des écueils. La définition de nouvelles incitations conventionnelles subordonnant des avantages financiers aux engagements de meilleure pratique, comme le paiement forfaitaire annuel pour le suivi de patients particuliers, ouvre des brèches dans ce domaine, sans véritablement dessiner un système économico-sanitaire stable et lisible pour les professionnels. Par exemple, la consultation de prévention peine à être reconnue alors que le statut du médecin traitant l'assimile par certains aspects à un *gate keeper*. Le choix d'un dispositif unique, qui s'est opéré en dépit de la diversité des prises en charge à organiser, constitue sans doute sur ce point un frein, puisque ce choix, comme le note le rapport de la Cour des comptes, laisse à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques⁴².

Les initiatives en cours à la HAS en matière d'évaluation des pratiques professionnelles constituent des avancées puisque c'est une évaluation collective des pratiques développée dans les structures de proximité à exercice coordonné qui est envisagée, et donc la reconnaissance de l'apport spécifique de cette organisation des soins, comme l'illustrent les extraits suivants⁴³ :

« Le mode d'exercice coordonné et protocolé permet, sous réserve d'une évaluation/amélioration intégrée, de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des professionnels de santé en ambulatoire.

41. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*. Rapport d'étude et Actes de la journée. IRDES Les deux autres modèles sont celui des « professionnels de contact », où l'offre de soins primaires est dispensée par des groupes de petite taille (2 à 3), et celui des « soins communautaires intégrés », qui désigne les centres de santé présentant un éventail de soins et de services médicaux et sociaux.

42. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2007, La Documentation française.

43. Documents HAS, *L'Exercice coordonné et protocolé en maison ou pôle de santé*.

Les structures de proximité offrent aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité.

Elles organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins.

L'atteinte de ces objectifs au sein d'une équipe pluriprofessionnelle nécessite l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles. L'équipe adopte, adapte ou élabore ces protocoles en référence aux recommandations.

Ce mode d'exercice permet, le plus souvent, un partage d'expériences et une concertation autour de la prise en charge et, *in fine*, une analyse des pratiques qui se traduit par une amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients tout en contribuant à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé.

L'exercice coordonné et protocolé permet d'évaluer et d'améliorer ces pratiques, tant en ce qui concerne chaque intervention et son suivi que la coordination entre les différents intervenants. »

Une des caractéristiques de la démarche réside également dans le fait qu'elle concerne tous les regroupements, quelles que soient leurs modalités de fonctionnement :

Une maison de santé : unité de lieu, les professionnels de santé exercent dans les mêmes murs,

Un pôle de santé : regroupement de professionnels de santé exerçant hors les murs, dans leurs propres locaux.

En 2006, les régions ont financé 130 projets destinés à améliorer la coordination des soins (rappel : 151 en 2005).

Sur ces 130 projets :

- 44 sont des nouvelles aides,
- 75 concernent des réseaux de santé,
- 19 concernent des maisons de santé pluridisciplinaires.

Les 19 projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), implantées dans sept régions différentes, ont bénéficié d'un soutien financier du FAQSV. 8 d'entre eux sont de nouveaux projets.

Les bureaux régionaux de Bourgogne et de Lorraine sont particulièrement sollicités sur cette thématique.

Au total, les financements accordés par le FAQSV à de tels projets se sont élevés à 702 247 euros au cours de l'année 2006.

Les collectivités territoriales cofinancent ces projets.

Ces structures, très majoritairement implantées en zone rurale, fonctionnent pour la plupart aux heures habituelles d'ouverture des cabinets libéraux.

Il est à noter que les 5 MSP financées en Lorraine assurent, aux heures de permanence des soins, des fonctions de maison de garde.

L'équipe de professionnels de santé intervenant au sein des maisons de santé pluridisciplinaires est constituée *a minima* de médecins généralistes et d'infirmiers (4 projets). Des kinésithérapeutes sont également souvent associés (8 projets).

9 projets se distinguent par la diversité des professionnels de santé participants (orthophoniste, diététicienne, psychologue, dentiste, voire pharmacien).

Part du FAQSV dans le financement des MSP

En dehors des financements apportés par les professionnels eux-mêmes, le FAQSV apparaît comme le principal financeur des MSP :

- 13 d'entre elles ont bénéficié d'un cofinancement FAQSV + collectivités territoriales
- la part du FAQSV, variable selon les cas, correspond au minimum à la moitié des subventions accordées aux projets.

Nature des dépenses financées par le FAQSV

Le Fonds est autant mobilisé sur des dépenses d'investissement que de fonctionnement, respectivement 53 % et 44 % des aides allouées en 2006 aux projets de maisons de santé pluridisciplinaires.

Nature des dépenses financées au titre des MSP

Évaluation 1 % ; étude et recherche 2 % ; investissement 44 % ; fonctionnement 53 %.

Pour 2007, les URCAM font état de nombreuses demandes nouvelles de financement auprès des bureaux régionaux du FAQSV.

Afin de contribuer à harmoniser les décisions, un référentiel d'éligibilité des projets de MSP à des financements « assurance maladie » a été élaboré en concertation avec plusieurs URCAM. Ce document est actuellement en cours de diffusion aux organismes du réseau.



Qu'attend-on des médecins généralistes ?

Les omnipraticiens libéraux avaient réalisé en 2003 environ 294 millions de consultations et visites, soit 4,9 contacts par habitant. Par comparaison, les contacts réalisés par l'ensemble des médecins spécialistes libéraux représentent 42 % du volume des contacts des omnipraticiens et 2 contacts par habitant⁴⁴. Le médecin généraliste a été désigné comme médecin traitant par la presque totalité des patients qui a fait la démarche.

Pourtant, la place de la médecine générale est fluctuante dans la définition du système de santé français, le caractère imprécis et évolutif dans le temps des jugements et des attentes à son égard en témoigne⁴⁵. La reconnaissance de la médecine générale comme médecine de spécialité portée par la loi du 17 janvier 2002, et qui a été suivie par la mise en place du diplôme d'études spécialisées en 2004⁴⁶, inaugure un nouvel espace d'inscription de ce métier. Enfin, la création d'un corps d'enseignants de médecine générale, portée par la loi du 8 février 2008, confirme son identité, à travers un dispositif propre de formation.

Parmi les processus qui ont porté cette évolution, il convient de souligner l'influence européenne et les exigences du droit communautaire. En effet, au titre de la formation spécifique en médecine générale⁴⁷, puis de la libre circulation des médecins⁴⁸, et enfin de la reconnaissance des qualifications professionnelles⁴⁹, trois directives européennes ont été édictées. Ces références sont utiles pour situer la réalité française au sein de l'espace européen qui constituera désormais une référence agissante tant pour le recrutement et la mobilité des professionnels de santé que pour la définition de leur formation.

Cette réalité permet, en outre, de lire les tensions et/ou les incertitudes qui se manifestent dans la période actuelle dans l'espace national. En effet, des lignes directrices et des changements ont été portés par des mécanismes et des décideurs divers, sans que les processus enclenchés, ici et là, n'aient bénéficié jusqu'alors d'un maître d'œuvre veillant à l'harmonie du « bâtiment » en train de se construire.

44. De Pourville G., *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche, 31 mai 2006.

45. Cf. contribution de G. Bloy dans ce tome.

46. Arrêté du 22 septembre 2004.

47. Directive 86/457/CEE du Conseil, 15 septembre 1986.

48. Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.

49. Directive 2005-36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle concerne les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin.

■ Les définitions retenues par les institutions en charge de la santé

■ ■ Les institutions extranationales

LA DÉFINITION DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE RETENUE PAR LA WONCA ET L'OMS

La formulation actuelle de la WONCA⁵⁰ est la définition la plus élaborée à ce jour. Elle semble constituer une référence majeure dans la façon dont ont été conçus les repères européens et elle inspire, au niveau national, la définition du médecin traitant et sa place dans le parcours de soins. Lors de leur audition, les représentants de la profession ont également souligné que la définition européenne permet de distinguer positivement ce qui caractérise l'intervention d'un médecin généraliste, et non de le définir en creux, comme le médecin qui intervient par défaut des autres spécialités⁵¹.

Onze critères caractérisent la médecine générale/médecine de famille⁵² :

1. Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
2. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
3. Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
4. Consultation personnalisée à travers une relation médecin-patient privilégiée.
5. Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.
6. Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
7. Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
8. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

50. WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays. Références du texte princeps : Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyermann J., Svab I., Ram P. « The European. Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice : the Role of the GP and Core Competencies », *British Journal of General Practice*, 2002 ; 52 (479) : 526-7.

51. Cf. compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005*, tome 3, p. 134-139.

52. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste, et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille. Document préparé par la WONCA Europe (Société européenne de médecine générale-médecine de famille) 2002.

9. Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
10. Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
11. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

**LES DÉFINITIONS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
PORTÉES PAR LES DIRECTIVES EUROPÉENNES**

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont adopté une directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles qui s'applique à tout ressortissant d'un État membre voulant exercer une profession réglementée dans un État membre autre que celui où il a acquis ses qualifications professionnelles, soit à titre indépendant, soit à titre salarié⁵³. Sa transposition dans le droit français devrait avoir lieu prochainement.

Cette directive impose aux pays membres la reconnaissance de « spécialiste en médecine générale » lors d'un transfert de pays. Ainsi, tout médecin généraliste provenant d'un pays tiers et fournissant un diplôme de médecin généraliste avec un certificat de conformité à la directive 2005-36 est inscrit par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins en tant que « spécialiste en médecine générale ».

La nouvelle directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles reconnaît donc la spécificité de la formation en médecine générale, et elle décrit avec précision une formation de base puis une formation spécifique de durée équivalente de médecine générale et de spécialité.

Trois catégories de formation sont distinguées pour les médecins⁵⁴. L'article 28, consacré à la formation spécifique en médecine générale, prévoit que l'admission à la formation spécifique en médecine générale suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études ; l'obtention des titres délivrés avant le 1^{er} janvier 2006 est soumise à une formation spécifique d'au moins deux ans à temps plein, puis de trois ans pour les titres délivrés après cette date⁵⁵. On peut relever que la mention de « la nature plus pratique que théorique de la formation spécifique en médecine générale » est soit imprécise, soit partiellement contradictoire avec un des objectifs relatifs à la nécessité de mieux intégrer la médecine générale dans un champ de savoirs scientifiques, qui avait été retenu dans une directive précédente et que nous évoquons ci-après.

En effet, les exigences communautaires en matière de formation spécifique en médecine générale qui viennent d'être résumées s'inscrivent dans la continuité d'un

53. Déclaration publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS, Barcelone, Espagne.

54. Outre la formation spécifique à la médecine générale, sont définies : la formation médicale de base, qui comprend au total au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement (article 24) et la formation médicale spécialisée qui suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études. Elle se distingue de la précédente du fait des précisions apportées relativement aux modalités de la formation. La formation doit, dans ce cas, s'effectuer à plein temps dans des postes spécifiques reconnus par les autorités compétentes. Elle comporte une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'activité et aux responsabilités des services en cause et ces postes font l'objet, en conséquence, d'une rémunération appropriée (article 25 consacré à la formation de médecin spécialiste).

55. Les pays d'Europe qui ont accordé à la médecine générale le statut de spécialité sont : Allemagne, Croatie, Danemark, Espagne (depuis 1978), Finlande, France, Hongrie, Irlande, Islande (depuis 1970), Italie (à venir), Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse (données 2007, UEMO).

certain nombre d'objectifs énoncés dans une précédente directive⁵⁶. Ces objectifs concernent la fonction propre du médecin généraliste, la revalorisation de cette fonction, l'amélioration de la dispense des soins et en particulier un recours plus sélectif aux soins spécialisés, ainsi que la nécessité de permettre une meilleure intégration du développement des sciences médicales dans la formation du généraliste.

Pour ce qui concerne la fonction propre au médecin généraliste, la directive indique qu'« elle repose pour une part importante sur sa connaissance personnelle de l'environnement de ses patients, elle consiste à donner des conseils relatifs à la prévention des maladies et à la protection de la santé de l'individu pris dans son ensemble, ainsi qu'à dispenser les traitements appropriés ».

Sur son rôle dans la chaîne soignante, il est indiqué que « au-delà du bénéfice qui en résultera pour les patients, il est également reconnu qu'une meilleure adaptation du médecin généraliste à sa fonction spécifique contribuera à améliorer le système de dispense des soins, notamment en rendant plus sélectif le recours aux médecins spécialistes, ainsi qu'aux laboratoires et autres établissements et équipements hautement spécialisés ».

Enfin, selon cette directive, la nécessité de modifier l'enseignement de la médecine générale « résulte notamment du fait que le développement intervenu dans les sciences médicales a entraîné une mise à l'écart de plus en plus marquée entre la recherche et l'enseignement d'une part et la pratique de la médecine générale, de sorte que des aspects importants de la médecine générale ne peuvent plus être enseignés de façon satisfaisante dans le cadre de la formation médicale traditionnelle de base des États membres ». Ce constat est également le point de départ de la réflexion développée par G. de Pourville dans le rapport consacré à la recherche en médecine générale. L'auteur rappelle que le principe selon lequel la recherche est une condition nécessaire à l'existence d'une médecine de haute qualité a été à la base de la réforme de 1958⁵⁷.

■ ■ En France, les définitions institutionnelles et législatives de la spécialité de médecine générale ne sont pas toujours (ou pas encore) concordantes

Dans la période récente, plusieurs décisions ont été prises par les pouvoirs publics, avec l'objectif affiché de stabiliser structurellement l'apport des médecins généralistes à la prise en charge des patients et d'en revaloriser l'exercice. Ces décisions ont été précédées de plusieurs rapports administratifs. Ils ont été l'occasion de souligner les caractéristiques de cette spécialité, et de préciser parfois les attentes développées à l'égard de son exercice et des évolutions souhaitables de celui-ci.

Ils font tous apparaître que des contradictions, voire des incohérences, persistent. Les modalités d'instauration du parcours de soins constituent dans ce domaine une première illustration. Les définitions institutionnelles et les textes réglementaires s'avèrent parfois peu stables. Certains écarts sont perceptibles entre les objectifs

56. Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, *Journal officiel*, n° L 165 du 07/07/1993, p. 0001-0024.

57. De Pourville G., rapport cité.

d'évolution énoncés et les possibilités de définir les modalités concrètes permettant de les atteindre. Dans ce domaine, la laborieuse définition de la formation des médecins généralistes est illustrative. Deux rapports administratifs récents consacrés à la médecine générale à l'occasion de son accès au statut de spécialité mettent clairement en évidence ces phénomènes⁵⁸.

L'optique retenue ici est de présenter de façon synthétique les principaux points problématiques qui ont été soulignés dans certains documents administratifs.

On peut considérer que l'adoption de la loi du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale tranche un certain nombre de questions soulevées dans ces rapports, dont la rédaction précède le vote unanime de cette loi à l'Assemblée. Il est toutefois éclairant de rappeler la teneur de certains des constats qui ont été formulés, afin d'abord de prendre la mesure de l'importance du travail de clarification qu'a nécessité la reconnaissance universitaire de la médecine générale. Afin, aussi, d'en conserver la mémoire, car nul doute que ce travail de clarification devra se poursuivre, tant sont nombreuses et actives les causes- intellectuelles, sociales, économiques et idéologiques qui déterminent la spécialisation en médecine⁵⁹.

Les échanges qui ont eu lieu dans le cadre des travaux préparatoires des États généraux de l'organisation de la santé, qui se sont tenus le 8 février 2008, en ont d'ailleurs apporté la démonstration. Les propositions issues de la première phase de ces travaux ont confirmé que l'existence d'une réforme et de textes réglementaires n'induisaient pas spontanément une vision évidente et partagée de leurs objectifs et de leur mise en œuvre. La plupart des propositions issues des États généraux de l'organisation de la santé se rapportent en effet aux thèmes évoqués successivement dans cette partie : la définition des soins de premier recours et la place et les missions du médecin généraliste dans le parcours de soins, la congruence de la formation à la médecine générale avec, d'une part, son statut de spécialité et, d'autre part, avec la particularité de la prise en charge des patients qui lui incombe.

■ ■ L'insuffisance de la définition du premier niveau de recours est très unanimement soulignée

Depuis la réforme de l'Assurance maladie inscrite dans la loi d'août 2004, une organisation nouvelle des soins concerne l'ensemble des médecins, généralistes et spécialistes, quels que soient leur statut et leur lieu d'exercice. Tout assuré désigne un médecin traitant et le consulte avant de recourir à un autre médecin, dont la consultation doit donc lui être prescrite.

58. Delahaye-Guillocheau V., Mallet F., Pittoors J.-P., Jeannet A., Vernerey M., « Création de la filière universitaire de médecine générale », *Rapport IGAS/IGAENR*, 2007-016, février 2007. Les objectifs explorés par la mission étaient d'assurer à la médecine générale une reconnaissance universitaire liée au développement de la recherche, en prenant en compte la nature et les spécificités de la médecine générale au sein du système de soins, et d'imaginer des solutions compatibles avec l'organisation actuelle du système universitaire et du système de soins. Voir aussi Lancry P.-J., 27 février 2007. *Les Conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*, rapport de mission remis à M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, 27 février 2007. Cf., notamment, pp. 18 et 19

59. Weisz G., « Making Medical Specialization in Paris in the XIXth and XXth Centuries », *Social History of Medicine*, 1984.

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes consacre un chapitre au médecin traitant et au parcours de soins coordonné⁶⁰. Les développements relatifs au contexte et aux travaux préparatoires qui ont présidé à l'émergence de cette disposition jusqu'à sa mise en place sont précieux. Ils permettent notamment de situer les choix opérés, par rapport aux options qui s'offraient de façon alternative. Deux exemples peuvent l'illustrer.

Par exemple, il est rappelé dans ce rapport que « les travaux préparatoires menés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et par des missions de l'IGAS ont estimé que les expériences antérieures d'amélioration de la coordination, initiées par l'ordonnance du 24 avril 1996 (filiales et réseaux) et par la convention médicale de 1997 (option du médecin référent), étaient insuffisamment développées et évaluées ». La succession des mesures et des dispositifs qui s'empilent, incessamment dénoncée, pose un problème en effet d'autant plus redoutable que, comme le note également le rapport, l'inadaptation des outils dont disposent tant l'État que la CNAMTS, conduit à renoncer à toute évaluation, qui permettrait au moins de commenter le changements des règles.

Par ailleurs, le rapport souligne que « en dépit de la diversité des prises en charge à organiser, le choix du législateur s'est porté sur un dispositif unique, à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques ». Sur ce dernier point, le rapport conclut que si le parcours de soins constitue une nouveauté, « la délégation de sa mise en œuvre aux partenaires conventionnels a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins. En outre, la négociation conventionnelle a conduit à un maquis tarifaire illisible par l'assuré, en raison de la prise en compte de considérations étrangères au seul parcours de soins, en l'occurrence différentes pour les médecins généralistes et les spécialistes ».

L'absence de suivi et d'évaluation des mesures et des politiques qui se succèdent, jointe ou liée à la faiblesse des moyens de régulation, aboutit à un paysage qui n'est pas lisible certes pour les assurés, mais qui ne l'est guère non plus pour les médecins, ni *a fortiori* pour les futurs médecins actuellement en formation. La conclusion de l'avis du Conseil de l'Ordre⁶¹, rendu sur la Convention nationale des médecins libéraux, rapporté dans le rapport de la Cour des comptes, permet de prendre la mesure des ambiguïtés juridiques qui entourent la définition du médecin traitant. Il est en effet précisé dans cet avis que le statut de médecin traitant ouvert par la loi aux médecins spécialistes « ne saurait permettre à son titulaire d'assurer la prise en charge d'un patient en dehors de la spécialité au titre de laquelle il est inscrit à l'Ordre ».

Dans son article, P.-L. Bras⁶² livre une lecture critique stimulante. On peut retenir de son analyse de la réforme d'abord qu'elle reprend une notion de coordination des soins déjà énoncée dans le Code de déontologie médicale (articles 60 et 62). Il souligne surtout la pluralité des influences et des compromis qui ont permis de rédiger la loi. Le rôle majeur que joue l'accord des organisations représentatives

60. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, La Documentation française, septembre 2007.

61. Avis du 28 janvier 2005.

62. Bras P.-L., « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique », *Droit social*, n° 1, janvier 2006.

des médecins dans la définition des politiques publiques le conduit à conclure que « la sphère politique ne développe pas de projets propres face aux médecins ». Il souligne aussi que l'absence de données sur le système de santé entretient un flou des concepts qui permet d'aboutir à des textes de loi, mais qui n'est sans doute pas sans effet sur les difficultés de mise en œuvre qui s'ensuivent.

■ ■ Les spécialistes en médecine générale : des spécialistes comme les autres ?

Un des points marquants qui ressort de la lecture des documents rédigés pendant la dernière période concerne le poids prépondérant pris par la question du statut, de la place, ou de la rémunération du spécialiste en médecine générale au détriment des aspects relatifs à ce que l'on pourrait appeler la matière ou le domaine de la spécialité.

Le rapport de mission de P.-J. Lancry consacré aux conséquences de la réforme de janvier 2004 souligne que les leçons du changement de statut de la médecine générale n'ont pas été entièrement tirées, et qu'il subsiste dans les textes en vigueur de nombreux signes des différences entre la médecine générale et les autres spécialités. L'auteur pointe ainsi quelques dissonances entre les différentes définitions et les références institutionnelles. Il indique que, si les médecins qui sortiront de l'université à partir de novembre 2007 avec un diplôme d'études spécialisées en médecine générale seront bien spécialistes en médecine générale et qualifiés comme tels par le Conseil national de l'Ordre des médecins, des distinctions s'opèrent encore en termes de qualification.

« Le législateur, alors même qu'il réformait en profondeur le troisième cycle des études médicales, n'a pas souhaité supprimer la distinction entre la médecine générale et les autres spécialités. À cet égard, des différences sont maintenues entre médecins généralistes et médecins spécialistes tant dans le Code de l'éducation que dans le Code de la Sécurité sociale ou le Code de la santé publique.

« La réforme des études médicales qui a fait de la médecine générale une spécialité n'a pas conduit à la disparition de la catégorie des généralistes telle qu'elle est identifiée dans le Code de la santé publique pour le fonctionnement des unions régionales des médecins libéraux et le Code de la Sécurité sociale en ce qui concerne les mécanismes conventionnels (double catégorie de la convention médicale, double collège des URML, etc.). »

Dans le cadre de la réforme de 2004, le titre et le statut semblent donc avoir pris plus d'importance que l'activité réellement exercée. Comme l'exprime P.-J. Lancry : « La réforme des études médicales qui a instauré l'internat et les DES pour tous les étudiants conduit à traiter de manière identique les médecins en termes de titre et de statut (tous les médecins seront des spécialistes), mais l'activité et la pratique ne sont pas les mêmes pour les deux catégories de médecins (les praticiens de médecine générale et les autres). »

Ce constat permet de poser la question essentielle de la concordance qui pourra être définie entre le contenu de la formation dispensée aux futurs médecins généralistes et l'exercice du métier. La sortie de cette tension suppose préalablement une meilleure lisibilité de l'exercice de la médecine générale, ce qui implique une défini-

tion du métier qui est moins acquise aujourd'hui en France qu'elle ne l'est, par exemple, dans d'autres pays européens.

L'examen des mécanismes qui participent à la définition d'un métier médical spécialisé constitue aussi un point de vue qui permet de situer le cas de la médecine générale. « Le processus de segmentation de la médecine est lié à la spécialisation croissante de son exercice. Chaque segment se légitime par l'affirmation d'une mission particulière et par des actes professionnels propres. La segmentation est le produit d'un double processus : la spécialisation sur la base du développement d'un savoir et de techniques particulières et la définition d'intérêts se différenciant de ceux des autres segments de la profession (...) La formation du spécialiste, qui correspond aux années d'études complémentaires, postérieures à l'acquisition du titre de docteur, vise à lui permettre d'accomplir une tâche fortement circonscrite. L'exercice spécialisé correspond de ce fait à deux éléments : une pathologie déterminée, à partir de laquelle se sont construits le savoir puis l'enseignement de la spécialité donnée, pathologie qui, de surcroît, correspond fréquemment à un organe donné ; et une technologie spécifique, de plus en plus sophistiquée, adaptée à cette pathologie⁶³. »

L'importance accordée au statut dans le cas de la médecine générale, mise en évidence par P.-J. Lancry, évite de situer la spécialité médecine générale par rapport à ces deux registres que constituent la pathologie/organe et les techniques particulières⁶⁴. La spécialité du métier repose donc pour l'instant sur ses missions et sur le caractère majoritairement libéral de son exercice. Elle se lit également à partir des modalités de l'enseignement, qui lui a été défini en propre, pour ce qui est de la formation pratique.

La maquette comprend⁶⁵ :

- 3 semestres obligatoires dans des services hospitaliers agréés pour la médecine générale (MG):
 - un au titre de la médecine d'adultes (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie),
 - un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie,
 - un au titre de la médecine d'urgence ;
- un semestre libre dans un service hospitalier agréé ;
- un semestre auprès de praticiens généralistes agréés ;
- un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de MG, effectué en dernière année d'internat soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonateur de médecine générale.

63. Hassenteufel P., *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997.

64. Sur ce point, on peut observer des similitudes avec les spécialités définies comme telles à partir de populations particulières (les enfants pour les pédiatres, les femmes pour les gynécologues médicaux, les vieux pour les gériatres). Tout se passe comme si les territoires d'intervention médicale spécialisés à partir de l'approche par population étaient davantage confrontés à des relégitimations que les territoires d'intervention spécialisés par pathologies ou par organes.

65. Arrêté du 22 septembre 2004, JO du 6 octobre 2004.

■ ■ Les singularités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités ont été intégrées dans la définition de la filière universitaire

La création de la filière universitaire de médecine générale ouvre des possibilités nouvelles d'affirmation positive de cette pratique médicale⁶⁶. En effet, parmi les ressources dont le nouveau statut universitaire dote la médecine générale figurent celles relatives à un corps d'enseignants et à la recherche. Jusqu'alors, 122 enseignants assurent la formation en médecine générale ; leur statut est celui, pour 58 d'entre eux, de professeur des universités associé et, pour 64 d'entre eux, de maître de conférences universitaire associé⁶⁷.

La mission conjointe de l'IGAS et de l'IGAENR consacrée à la création de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) a pu souligner à cet égard les difficultés pour faire rentrer la médecine générale dans un « moule » hospitalo-universitaire dont ni les orientations, ni les statuts ne se montrent totalement préparés à son accueil.

L'analyse des scénarios statutaires qui permettraient de constituer la FUMG à la lumière des différents statuts existants conduit la mission à juger qu'ils sont inadaptés aux spécificités de la médecine générale. Les difficultés pour définir une réponse adaptée au problème posé proviennent de la place dérogatoire des UFR de médecine au sein des universités et de la demande contradictoire formulée à l'endroit des médecins généralistes. Cela se traduit par la nécessité de concilier la définition d'un statut par analogie avec celui des professeur des universités-professeur hospitalier, en même temps que l'affirmation de la spécificité de la médecine générale en dehors de l'hôpital. Les statuts hospitalo-universitaires de médecine, mais également d'odontologie et de pharmacie, supposent, même à temps partiel, un exercice hospitalier, ce qui n'est pas le cas de la médecine générale.

En réponse à la demande de création d'un statut universitaire, les recommandations de la mission soulignaient l'importance de sa neutralité et de sa compatibilité avec le système de soins et ses évolutions. Elle préconisait que le statut intègre un exercice obligatoire de la médecine générale et définisse une obligation de service d'enseignement. Elle appelait enfin la création urgente d'un statut pour le clinicat reposant sur une fonction de chef de clinique des universités (CCU) à temps plein avec un cumul de l'activité de médecine générale.

En 2007, 14 postes supplémentaires d'enseignants ont bien été créés, mais aussi 16 postes de chefs de clinique, nommés en 2007, qui pourront postuler à un poste de maître de conférences à partir de 2011.

La création de postes de chefs de clinique introduit une rupture importante par rapport à la situation antérieure. Jusqu'alors, les médecins généralistes étaient en effet les seuls spécialistes qui quittaient l'hôpital, sans une période d'accompagnement vers l'exercice, alors que le clinicat et le postinternat sont considérés comme une condition essentielle pour les autres spécialités. Parmi les possibilités qu'ouvrent

66. Cf. la loi n°2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. *JO*, n° 34 du 9 février 2008.65.

67. Sources ministère de l'Éducation nationale/DGRH. Ces enseignants associés sont des médecins généralistes qui assurent une centaine d'heures d'enseignement de troisième cycle centré sur la pratique de la médecine générale ; cité dans le rapport IGAS.

ces créations, le développement de la recherche doit être par ailleurs souligné, car il dépend étroitement de l'existence d'une filière universitaire.

La photographie de la situation actuelle dans ce domaine, telle qu'elle ressort des travaux conduits par G. de Pourville, traduit une situation plutôt fragile. Même si les départements universitaires de médecine générale se sont efforcés au cours du temps d'augmenter les exigences de qualité scientifique des travaux, de l'avis même des enseignants généralistes interrogés, « il est difficile de coordonner les travaux de telle façon que plusieurs étudiants investissent dans un même domaine dans le cadre d'un projet de recherche structuré : les étudiants manquent de temps, les DUMG manquent de moyens matériels et financiers pour monter des enquêtes ambitieuses, et peu de thèses sont valorisées par un article publié⁶⁸ ».

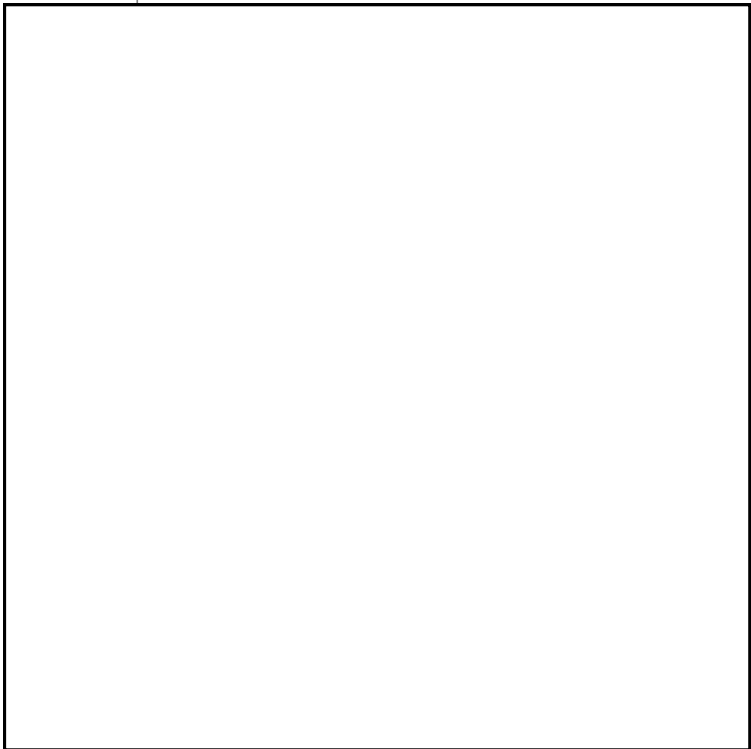
S'appuyant sur l'expérience de pays dans lesquels existe une recherche en médecine générale⁶⁹, l'auteur soutient la possibilité de développer une activité d'enseignement et de recherche à temps plein et de maintenir conjointement une activité clinique, même à un niveau modeste. Comme les auteurs de la mission IGAS/IGAENR, il souligne la nécessité de rendre compatible le développement de la recherche en médecine générale avec les missions et les spécificités de cette spécialité. « Il s'agit dans cette réforme de contribuer à la revalorisation de la médecine de première ligne, de pratique ambulatoire. Cette médecine est une médecine libérale et c'est une réalité à laquelle il faudra adopter le statut universitaire des médecins généralistes. »

L'opportunité qui s'offre donc aujourd'hui à la médecine générale est de devenir une spécialité comme les autres, à part entière, qui définira ses marques à partir d'un autre espace de noblesse que celui que constituent jusqu'alors l'hôpital et le CHU, pour l'ensemble de la formation et de la recherche. En d'autres termes, il s'agit de réussir la transition d'une « spécificité » de la médecine générale, fréquemment énoncée, surtout par les généralistes, mais souvent interprétée par les autres comme une faiblesse, vers une autonomie clairement appuyée sur un rôle et un apport médical propres. Cette perspective, qui est portée par les représentants de la médecine générale et les pouvoirs publics à travers la définition du parcours de soins, bénéficie d'exemples et de pratiques européennes ayant une certaine antériorité.

68. Cf. travail cité de Lévassier G. et Schweyer F.-X. qui ont analysé les articles de recherche en médecine générale publiés dans trois revues françaises.

69. Les pays examinés sont la Belgique, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

POINTS DE VUE



Trois différents points de vue sont présentés. Le premier reprend de façon synthétique les analyses recueillies auprès des représentants des médecins, dans le cadre des auditions réalisées en 2004 et 2005 par l'ONDPS⁷⁰. Le deuxième, rédigé par l'ISNAR-IMG, présente le point de vue des internes en médecine générale. Le troisième qui présente le point de vue des patients a été rédigé par le Collège interassociatif sur la santé (CISS).

Pour les représentants de la médecine générale, la multiplication des possibilités de spécialisation ne contribue pas à clarifier le paysage de l'offre de soins médicale

La clarification des missions du médecin généraliste est présentée par les représentants des médecins généralistes auditionnés comme un préalable indispensable pour attirer des jeunes dans cette profession, de même que la définition précise de ce qu'est l'exercice de la médecine de soins primaires. Or il existe, on l'a vu dans la première partie, un grand nombre de diplômes permettant aux diplômés de médecine générale de se spécialiser. Lors de leur audition par l'ONDPS, les représentants de la spécialité de médecine générale ont considéré que la multiplication des diplômes spécialisés de troisième cycle, qu'il s'agisse de DESC ou de DU, participe au mouvement de moindre attractivité de l'exercice de soins primaires, sans pour autant que ces spécialisations garantissent des résultats probants du point de vue des patients.

Ils remarquent aussi que « cette multiplication de DESC conduit à accroître le nombre des spécialités, alors que l'objectif de réduction du nombre des spécialités devrait l'emporter. Les professionnels auditionnés rappellent ainsi qu'il y a 53 spécialités reconnues en France, contre 25 au niveau européen. De ce point de vue, toute une série de DESC n'ont en réalité, selon eux, pas de raison d'être : gériatrie, allergologie, algologie. Ces domaines devraient être intégrés aux cursus de formation des médecins, soit dans le cadre du premier recours aux soins, soit dans le cadre de la formation des spécialistes (par exemple, dans la formation des pneumologues pour certaines questions pointues d'allergologie...). La création des DESC leur paraît avoir finalement plus répondu à une logique universitaire de développement qu'à une réflexion sur la réponse aux besoins des patients⁷¹ ».

70. Cf. *Rapport ONDPS 2005, tome 3, Les professionnels de santé, « Comptes rendus des auditions »*, mai 2006.

71. Compte rendu de l'audition des spécialistes en médecine générale, *Rapport ONDPS 2005, op cit.*

La plupart des médecins spécialistes envisagent une plus grande implication des médecins généralistes dans la prévention et le suivi des patients

La situation la plus fréquemment rencontrée lors des auditions est la suivante : les spécialistes envisagent que les médecins généralistes puissent assurer une prise en charge des patients dans l'optique de libérer une partie de leur temps médical et de l'optimiser.

Quelques spécialités ont engagé une définition de leur métier en deuxième recours par rapport aux médecins généralistes, et cherchent à clarifier le rôle et la complémentarité du médecin généraliste et de l'ambulateur.

Cette problématique est présente pour les spécialistes dont les patients sont déjà pris en charge pour partie par les omnipraticiens⁷². Ils se prononcent alors pour une évolution du métier et pour une formation plus approfondie, dans leur spécialité, des médecins généralistes. C'est le cas par exemple des pédiatres, des gynécologues médicaux et des oncologues. Dans le cadre du Plan cancer, l'implication des médecins généralistes fait l'objet de cinq mesures. Des actions ont été notamment développées afin d'identifier les besoins des médecins généralistes, le renforcement de la formation continue dans le domaine de la cancérologie et l'évaluation des pratiques.

« Les réseaux, qui devront faire toute leur place aux praticiens libéraux et notamment aux médecins généralistes, seront régulièrement évalués et appliqueront des normes de qualité fixées au niveau national et régional⁷³. »

L'accès désormais possible des médecins généralistes à l'option réseau en cancérologie, inscrite dans la maquette de formation des oncologues, peut être considérée comme illustrative de ce processus d'une formation préparant à un renforcement de la coopération entre intervenants médicaux.

Le point de vue des représentants des internes en médecine générale (ISNAR-IMG)

■ ■ Une nécessaire mutation du métier de médecin généraliste

Les internes de médecine générale, récemment promus spécialistes en formation dans cette discipline depuis le décret du 16 janvier 2004⁷⁴ créant le DES⁷⁵ de médecine générale, ont bien du mal à se faire une idée de ce que sera leur métier avant de mettre les deux pieds dans leur internat, par choix libre ou par choix contraint, suite aux

72. Franc Carine, Le Vaillant Marc, Rosman Sophia et Pelletier Nathalie, « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », *Études et Résultats*, DREES n° 588, août 2007.

73. Le Plan cancer 2003-2006.

74. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004, décret relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, NOR : MENS0302822D.

75. Diplôme d'études spécialisées.

épreuves classantes nationales (ECN) sanctionnant le deuxième cycle des études médicales. Il est fortement envisageable que les générations arrivantes, qui vont bénéficier d'un stage en cabinet de médecine générale dès la rentrée universitaire 2007-2008 au cours de leur deuxième cycle, choisissent de façon plus conséquente et surtout de manière plus éclairée cette spécialité prodiguant les soins primaires.

En effet, depuis la réforme du concours de l'internat et son intégration dans les ECN communes à tous les futurs internes, le nombre de postes d'internes de médecine générale (IMG) restés vacants est devenu plus visible qu'auparavant. Les chiffres ont donné d'année en année de plus en plus le tournis devant l'évidence du manque d'attractivité de la filière, pourtant voulue et reconnue par tous comme le « pivot du système de soins ».

Avec un déficit cumulé de 2 793 postes non pourvus à l'issue des quatre dernières procédures de choix en amphithéâtre de garnison⁷⁶ (2004, 2005, 2006 et 2007), la médecine générale est la spécialité la plus touchée par ce manque d'attractivité.

Cette désaffection n'est pas spécifique à la France. En effet, tous les pays occidentaux souffrent d'une crise des vocations dans la spécialité des soins primaires, la première cause semblant en être les conditions d'exercice, tant sur le plan quantitatif (en termes d'horaires de travail jugés excessifs, plus spécifiques à la France, ou de rythme de travail trop élevé) que sur le plan qualitatif (sentiment de perte d'autonomie, pression de l'organisme financeur, temps médical amputé par la lourdeur des tâches administratives)⁷⁷.

Les attentes des futurs généralistes sont les mêmes que celles de toute une génération de citoyens, convaincus que, pour mener à bien sa vie professionnelle de façon efficace et épanouie, il faut aussi savoir se ménager des fenêtres de bien-être dans sa vie personnelle et familiale. La notion de temps de travail choisi est importante, ce qui explique largement le succès du mode d'exercice en tant que médecin remplaçant, par exemple, avec un âge d'installation moyen aujourd'hui autour de 39 ans.

Ces aspirations légitimes ne sont pas incompatibles avec la logique d'intérêt général que sous-tend la mission de service public du médecin généraliste. Elles sont un facteur déterminant les orientations que devra prendre la nouvelle organisation des soins primaires demain, si l'on veut continuer à voir s'installer de jeunes médecins, notamment là où le besoin se fait et se fera sentir de façon la plus prégnante⁷⁸.

Une autre étude récente corrobore ces données concernant les déterminants de l'installation des jeunes médecins généralistes, et l'évolution des souhaits de ces derniers au cours des longues années des études de médecine⁷⁹ :

- L'épanouissement personnel et de la famille (81 %) ;
- Que la localisation soit compatible avec la profession ou les attentes du conjoint (58 %) ;
- La possibilité d'exercer le mieux possible la discipline choisie (55 %).

Très loin derrière, les attentes en matière de revenus ne préoccupent que 14 % des

76. *Études et Résultats*, DREES, n° 571, avril 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 ».

77. Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y., « Médecine générale en crise : faits et questions », *Médecine*, mai 2006, vol. 2, n° 5, 223-228.

78. Rapport de la Commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 2007.

79. Sliman G., Audic Y., Périgois E., étude BVA/CNOM, mars 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*.

sondés. Preuve, s'il était encore nécessaire de le démontrer, que les mesures incitatives à l'installation exclusivement centrées sur des promesses d'augmentation substantielle des revenus, ne sauraient constituer l'unique levier à actionner pour encourager les installations. Mais la construction d'une offre de soins juste, cohérente et pérenne se doit de rentrer en adéquation avec ces attentes sous peine, au mieux d'inefficacité, au pire d'effet radicalement opposé au but recherché.

Pour cela, une profonde mutation du métier de généraliste semble indispensable car, encore aujourd'hui, la médecine générale reste perçue comme une profession dont l'exercice se veut par définition très contraignant : la permanence des soins (gardes, astreintes), les visites à domicile (environ 14 % du nombre total des actes des généralistes), et les horaires de travail (80 % de l'ensemble des généralistes libéraux actifs travaillent le samedi matin et près de 30 % le dimanche) sont vécus comme autant de fortes contraintes attachées au métier.

Selon le jugement dominant, le métier de médecin généraliste a perdu de sa valeur au cours du temps. L'arrivée des spécialités d'organe a retiré de la pratique du généraliste les actes à forte valeur ajoutée intellectuelle et, phénomène surtout sensible dans les grandes villes, le généraliste qui devrait être le médecin de premier recours est en fait devenu, dans nombre de situations, un médecin de dernier recours, intervenant lorsque les spécialistes ne sont pas disponibles.

L'organisation actuelle de la formation médicale initiale, puisque fortement dépourvue d'un regard théorique et pratique sur les soins primaires, n'incite pas à se destiner à la médecine générale comme cela est mentionné dans de nombreux rapports. À partir de là, on peut espérer que les stages de médecine générale au cours de l'externat, mis en place cette année 2007-2008 pour l'ensemble d'une promotion, devraient contribuer à améliorer la connaissance de la médecine générale avant le choix consécutif aux ECN⁸⁰.

■ ■ Réorganiser pour sauvegarder une médecine générale de proximité

L'exercice résolument isolé, où qu'il soit, constitue un mode d'exercice voué à disparaître. La mutualisation des moyens humains et techniques, mais aussi la rupture de l'isolement intellectuel et le travail en équipe, que représentent l'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, constituent sans doute les solutions d'avenir.

Ces structures pensées autour du patient et de sa prise en charge globale de soins primaires, en regroupant la plupart des professionnels de santé de premier recours, relèvent le défi de répondre à la fois à une demande en soins quantitativement grandissante en nombre absolu grâce à des plages élargies de consultations (y compris aux heures de la permanence des soins), qualitativement plus conséquente (poly-pathologies liées au vieillissement), et aux fortes attentes des professionnels d'associer une meilleure qualité de leur offre de soins à une plus grande souplesse de travail (vie familiale, formation médicale continue obligatoire, etc.).

80. Rapport 2007 du Haut Comité pour l'avenir de l'Assurance maladie.

Le regroupement des praticiens semble donc dans ce contexte inéluctable, car souhaitable et souhaité. Les partenaires conventionnels ont même conditionné, le 23 mars 2007, dans l'avenant 20 à la Convention médicale de 2005, une prime de 20 % des honoraires aux médecins s'installant en groupe dans les zones identifiées comme déficitaires selon les critères des missions régionales de santé (MRS)⁸¹.

Le regroupement au sein d'un projet pluridisciplinaire telles les maisons de santé⁸², qui vont au-delà de la simple association des professionnels, en incluant notamment les collectivités locales à un projet médical commun, est *a fortiori* une piste prometteuse, sous réserve d'une implantation associant l'intérêt pour un bassin de population et un financement renouvelé durablement. Le manque actuel de statut clair pour ces nouveaux établissements est également un frein à leur développement sur le territoire.

Le mode de rémunération des médecins généralistes semble aujourd'hui plus que jamais « inadapté » aux missions qui leur sont confiées, comme la prévention, l'éducation sanitaire, la coordination des soins. Dans le même temps, le tout paiement à l'acte revêt un caractère « anxigène » pour les jeunes générations de médecins. L'association de ces deux constats engage une nécessaire réflexion sur l'évolution des modes de rémunération de l'activité de médecin généraliste.

Les maisons de santé, concept novateur et qui intègre cette dimension pluridisciplinaire à la pratique des soins primaires, offrent également l'avantage de représenter le lieu idéal pour développer la recherche spécifique aux soins primaires, l'enseignement de la médecine générale dans un environnement favorisant la prise en charge globale des patients. Ce n'est qu'autour de ce système de soins repensé par une volonté commune de donner réellement à la médecine générale les moyens d'en devenir la pierre angulaire que se développeront naturellement les solutions à la crise démographique sanitaire qui s'annonce.

Le déficit de soignants, inéluctable bien que prévisible depuis des années, doit en tout cas amener à se poser des questions fondamentales sur les domaines de compétences relatifs à chaque intervenant, médecins, autres professionnels de santé, ou acteurs médico-sociaux, et des interactions et délégations possibles entre eux (en incluant dans la réflexion la situation des étudiants de chacune de ces filières), afin d'optimiser le temps de travail que les futurs médecins généralistes veulent, plus que jamais, tourné vers leurs patients.

81. La circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM du 14 janvier 2005 prévoit la définition des zones déficitaires en médecine générale. Chaque mission régionale de santé (MRS) a déterminé ces zones sur la base des critères suivants : la densité de médecins généralistes ; l'activité des médecins généralistes ; le délai d'accès au médecin généraliste ; la part des personnes âgées de plus de 75 ans ; le classement des territoires en zone de revitalisation rurale (ZRR), zone franche urbaine (ZFU) et zone de redynamisation urbaine (ZRU).

82. Rapport du sénateur Juilhard, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la démographie médicale*, 3 octobre 2007.

Le point de vue des représentants des patients (CISS)

■ ■ Un accès et une disponibilité des médecins généralistes jugés parfois insuffisants

Sur l'offre de soins : les problèmes proviennent de l'inégale répartition de l'offre selon les départements et de la représentation trop faible du secteur 1.

Pour les patients, outre des difficultés spécifiques concernant les patients bénéficiant de la CMU (accès tardif aux soins et réticence de certains médecins généralistes à devenir médecin traitant des personnes relevant de la CMU), les problèmes suivants sont évoqués.

- Un temps d'attente en salle d'attente dépassant 1 heure, voire 2 heures, et un temps de consultation réduit au minimum du fait de cabinets surchargés.

- L'information délivrée par le médecin est souvent jugée incomplète ou peu claire (en particulier en ce qui concerne la notion de risque, les alternatives au traitement proposé, la diversité des solutions possibles, et les conséquences d'un refus de traitement).

- Près de la moitié des personnes interrogées pensent que le médecin généraliste n'est pas adapté au suivi d'une maladie chronique. Dans le cas des maladies rares, « les médecins généralistes ont toute leur place dans la gestion au quotidien des patients atteints de mucoviscidose, en coordination avec le CRCM » (centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose situé en milieu hospitalier), déclare un médecin référent. Cependant, les généralistes n'ayant, le plus souvent, qu'un seul patient atteint de mucoviscidose, les tâches administratives liées à la rédaction du protocole de soins et à l'envoi aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la prise en charge en ALD sont trop lourdes pour une profession par ailleurs débordée. C'est dommage, car certains patients, en particulier ceux habitant dans des zones isolées, préféreraient pour des raisons pratiques de proximité avoir leur généraliste comme médecin traitant ».

- Le médecin généraliste est souvent perçu comme un intermédiaire obligé du parcours de soins. Enfin, le CISS souligne le caractère déterminant de la relation médecin/patient pour un parcours de soins de qualité.

■ ■ Les attentes exprimées correspondent à la définition du médecin généraliste comme médecin de famille

Les patients interrogés souhaitent une approche globale de la personne, de type « médecin de famille » plutôt que « dispensateur » d'actes référencés. La qualité de l'offre appréciée au regard d'une prise en charge adaptée, sans retard de diagnostic, assurant si nécessaire la continuité des soins.

Outre la disponibilité de l'offre en termes d'accès et en termes d'écoute (temps de consultation compatible), ce qui est apprécié est la dimension pédagogique (explication de la maladie, du traitement, de la prévention) et l'accès à l'éducation thérapeutique. Hormis la situation « désert médical » de certains territoires, le critère proximité n'est pas toujours retenu, la priorité étant donnée à la qualité de l'offre plus qu'à la proximité.

L'amélioration de la coordination et de l'orientation dans le parcours de soins est souhaitée.

On peut enfin noter que des demandes sont souvent exprimées pour une médecine générale à mode d'exercice particulier comme l'homéopathie.

■ ■ Les pistes de réflexion proposées

➤ Améliorer la communication et la relation médecin/patient nécessiterait de permettre au médecin généraliste de bénéficier, au cours de ses études, d'une formation de base en pédagogie et communication. Cela aurait l'avantage également de favoriser plus tard la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique en coopération avec d'autres professionnels de santé.

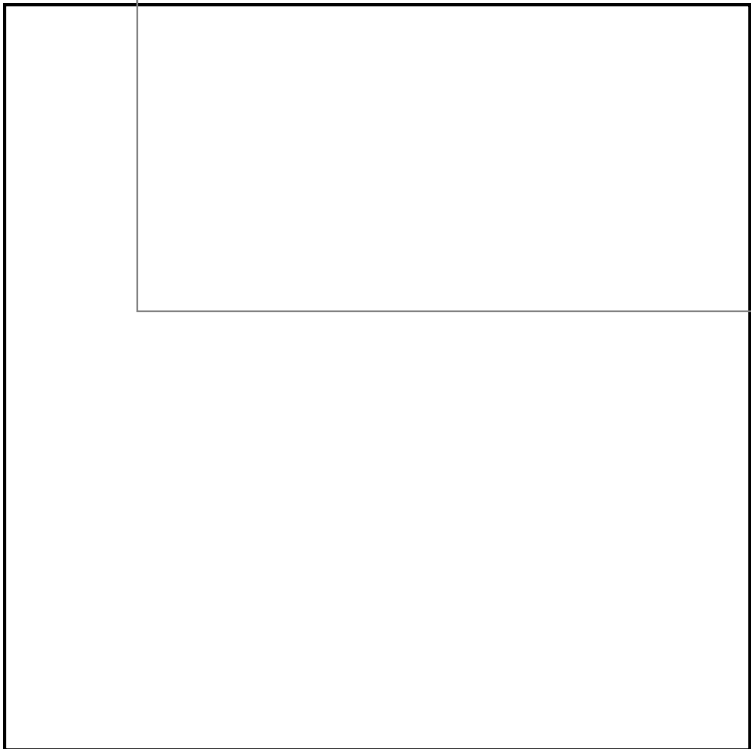
➤ Accompagner le changement en favorisant l'accès à la formation (individuelle ou collective) à la gestion du stress et en simplifiant les contraintes administratives des médecins généralistes débordés par l'augmentation de la charge de travail.

➤ Le « statut social » du médecin généraliste omniscient semble avoir évolué vers celui d'un professionnel soumis régulièrement aux évaluations de la part des politiques et des usagers. Ce changement, somme toute assez radical dans un secteur libéral très attaché à sa « liberté d'exercice », est susceptible de majorer l'effet *burn out* d'une proportion non négligeable des médecins généralistes.

➤ L'information sur la santé, le parcours de soins et les droits des malades est disponible, cependant diffuser l'information ne suffit pas pour que le public soit informé. Encore faut-il qu'un minimum de pédagogie et de communication rende intelligible cette information pour que les usagers soient en mesure de se l'approprier⁸³.

83. Par exemple, l'information sur les établissements de santé accessibles sur le site du ministère de la Santé, Platines (plate-forme d'information sur les établissements de santé), est très intéressante mais d'une compréhension difficile pour le profane ; de même pour le droit des malades.

CONTRIBUTIONS



SOUHAITS ET ASPIRATIONS DES MÉDECINS QUI ENVISAGENT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

F.-X. SCHWEYER

Enseignant-chercheur en sociologie à l'EHESP. Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires

Que veulent les jeunes médecins ? Leurs attentes et leurs projets professionnels font l'objet d'une attention soutenue depuis quelques années, plus d'une dizaine de sondages d'opinion et de recherches ont été publiés sur la question depuis 2003. Ce n'est pas l'activité des médecins qui est scrutée, mais le choix d'un mode d'exercice, plus particulièrement l'installation des jeunes médecins, abordée comme un problème public, appelant un débat public voire l'intervention des autorités légitimes. Avant d'analyser les enseignements à tirer de ces enquêtes, il importe de comprendre leur origine et leur projet¹.

La démographie médicale a toujours été en discussion. La dénonciation par les médecins eux-mêmes d'une pléthore médicale a été une constante de l'histoire de la profession médicale (Bungener, 1984 ; Hassenteufel, 1997). C'est pour limiter le nombre de médecins que fut introduit en 1971 un *numerus clausus* à l'entrée de la formation² et, il n'y a pas si longtemps, l'Assurance maladie payait des médecins pour qu'ils arrêtent de travailler (dispositif MICA [Mécanisme incitatif de cessation d'activité] en vigueur jusqu'à 2004). Un renversement de tendance a eu lieu au début des années 2000. La démographie médicale est devenue un problème public, rapidement transformé auprès de l'opinion en risque de pénurie. Le premier rapport du professeur Berland (2002) avait pourtant problématisé de façon précise cette question émergente. D'une part, la question concerne moins les effectifs de la population médicale que leur répartition sur le territoire, d'autre part, l'attention des pouvoirs publics est attirée sur l'accessibilité aux soins, difficile à apprécier car elle met en jeu non seulement la densité de médecins, mais aussi le temps effectif de travail des médecins libéraux, les modalités d'exercice et l'installation de médecins dans des zones qualifiées de déficitaires. Ainsi, l'intérêt porté au devenir professionnel des jeunes médecins généralistes peut avoir trois dimensions : les perspectives démographiques en termes d'effectifs, d'une part, la répartition selon les territoires, d'autre part, la transformation des modes d'exercice enfin.

1. M. Burdillat, G. Bloy et G. Levasseur ont bien voulu lire une première version de ce texte, leurs commentaires et suggestions ont permis de grandement l'améliorer. Je tiens à les en remercier.

2. En 1972, première année d'application de ce dispositif, le nombre de nouveaux étudiants avait été fixé à 8 588, soit un peu plus de 10 % de la population médicale en activité, le chiffre fut révisé à la baisse pour atteindre son point le plus bas en 1992 avec 3 500 places ouvertes.

■ La construction du problème par des enquêtes de natures diverses

Le premier rapport Berland a suscité une forme de mobilisation professionnelle chez les syndicats d'internes qui ont pris l'initiative de diverses enquêtes. L'attention s'est portée principalement sur le choix des jeunes médecins (leurs aspirations, leurs attentes) en vue d'éclairer les mesures d'incitation, de motivation et d'aide qu'il conviendrait d'adopter. Par construction, les enquêtes se sont focalisées sur les opinions individuelles des étudiants et jeunes médecins, en faisant de la régulation du système de santé une question professionnelle dans un cadre réputé inchangé. En montrant « ce que veulent les jeunes médecins », les résultats publiés ont contribué à poser les termes du débat dans un cadre professionnel.

■ ■ Le souci d'une meilleure connaissance de la réalité s'est conjugué à la nécessité de forger une argumentation

Depuis une dizaine d'année, des généralistes (dans le cadre universitaire ou d'URML) ont mené des enquêtes centrées sur les perspectives d'exercice de la médecine générale. Ces travaux se sont inscrits dans un cadre régional donné, sans bénéficier toujours d'une plus large diffusion. Les souhaits quant à l'exercice professionnel et les projets personnels ont fait l'objet d'une attention particulière. Des administrations et diverses institutions ont complété ces travaux, dans une perspective de pilotage ou d'évaluation des mesures d'aide à l'installation. De 2003 à 2007, une série d'enquêtes a ainsi été publiée au sujet des attentes des étudiants en médecine (internes ou non) et des jeunes médecins. Les jeunes généralistes n'y figurent pas toujours séparément.

De leur côté, des chercheurs ont étudié les réformes de l'internat et leurs conséquences, la formation des généralistes, l'entrée dans la vie professionnelle ou encore la féminisation et ses effets. Leurs résultats sont en partie concordants avec ceux des enquêtes du milieu professionnel. Mais les traitements effectués conduisent à des conclusions parfois différentes et les objectifs poursuivis ne se recoupent pas toujours. Si la volonté de mieux connaître les souhaits et aspirations des jeunes médecins anime l'ensemble des enquêtes, elle peut s'accompagner aussi du souci d'intervenir dans le champ de l'opinion publique. Et, dans ce cas, deux modalités de mobilisation des opinions sont repérables.

L'opinion des internes et jeunes médecins peut être mobilisée, en premier lieu, dans une perspective persuasive. Les résultats sont alors présentés comme un guide pour l'action publique à moins qu'il ne s'agisse d'arguments pour convaincre de la dangerosité d'une mesure (restreindre la liberté d'installation) ou de la nécessité d'une autre (informer, aider financièrement). Par exemple, un rapport d'enquête³ reformule des classements sociaux en soulignant l'image négative du milieu rural

3. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, Rapport complet, BVA, février 2007, 48 p. L'enquête a été diffusée sous forme d'une synthèse en mars 2007.

et des cités populaires parmi les étudiants et jeunes médecins et ajoute qu'il conviendrait de « rassurer les futurs médecins sur leur vie à venir » (l'enquête n'a jamais mentionné d'inquiétude particulière mais plutôt des préférences et des opinions). S'adressant implicitement aux pouvoirs publics, le rapport conclut qu'il « est indispensable de mettre en place l'ensemble des mesures incitatives et de les diffuser aux étudiants », ce qui « devrait permettre d'éviter le recours à des mesures autoritaires qui n'ont pas la faveur des étudiants et des jeunes médecins testés ». Les promoteurs de l'enquête se font porte-parole des jeunes médecins, qui sont censés s'être exprimés directement au moyen de l'enquête.

L'opinion des jeunes généralistes peut aussi avoir une fonction interprétative, quand elle façonne une représentation du groupe professionnel. Par exemple, une étude sur les mutations de la médecine générale⁴ a demandé à des internes de se projeter dans le futur et d'indiquer quels seraient leur attitude et leur choix « si les conditions le permettent ». Le résumé de l'enquête indique : « Bien évidemment, ce choix idéal se heurtera à de nombreuses contraintes et la pratique de ces futurs médecins sera peut-être très différente de celle qu'ils ont imaginée en répondant à ce questionnaire. Il n'empêche que leurs réponses éclairent ce que sont et ce que seront les mutations de la médecine générale. » Autrement dit, peu importe la fragilité ou la faible consistance de certains résultats, en montrant « ce qui se pense », ils aident à construire une image de référence, des normes d'identification pour les généralistes. Les enquêtes peuvent accompagner dans certains cas une forme de mobilisation identitaire chez les généralistes, qui s'est développée en lien avec des syndicats d'internes et souvent des départements de médecine générale, plus particulièrement après la reconnaissance en 2004 de la médecine générale comme spécialité.

Dans un premier temps, nous analysons les objectifs, les méthodes et les résultats de ces enquêtes. Nous présentons ensuite les principaux résultats de différentes recherches s'inscrivant dans la tradition de la sociologie de la profession médicale ou des *gender studies*, menées auprès de futurs médecins et de jeunes installés. Leurs résultats apportent des éléments intéressants et complémentaires. Enfin, les points de convergence et ceux qui font débat permettront de dégager ce qui peut être éclairant pour l'avenir.

Les enquêtes d'opinion disponibles

De 2003 à 2007, quatre sortes d'enquêtes ont été publiées pour faire connaître ce que souhaitent les jeunes médecins : les enquêtes promues par les syndicats d'internes, dans un cadre régional le plus souvent ; les enquêtes à l'initiative des futurs généralistes en tant que tels ; les enquêtes administratives et enfin une importante enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

4. URML Rhône-Alpes, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février 2005, 67 p.

■ ■ Les enquêtes : objectifs et méthodes

L'analyse d'une enquête demande de s'interroger sur les objectifs de ses promoteurs, sur la méthodologie adoptée, sur les questions posées et enfin sur les résultats publiés. Sans pouvoir entrer dans les détails, nous nous limiterons à une présentation succincte des différentes initiatives promues par les syndicats d'internes, les généralistes, l'administration et le CNOM.

C'est en novembre 2003 que paraît un livre blanc intitulé *À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* qui a pour base une enquête⁵ sur les attentes et motivations « des futurs acteurs de la médecine spécialisée ». Cette première enquête ne concerne pas les futurs médecins généralistes (pas encore spécialistes de médecine générale en 2003), mais sa méthode comme ses questions ont été reprises par la suite et les résultats publiés ont servi de référence pour l'interprétation des résultats des enquêtes ultérieures.

L'objectif était de contribuer au développement d'une analyse prospective sur la démographie médicale, d'apporter « un éclairage précieux sur les attentes et motivations des futurs acteurs de la médecine spécialisée » et de « nourrir la réflexion des politiques sanitaires et sociales sur l'offre de soins ». Un questionnaire passé lors du choix de stage des internes a obtenu 772 réponses exploitables (taux de réponse estimé supérieur à 50 %). Les thèmes traités sont : la formation, l'avenir professionnel, les conditions d'exercice de la médecine libérale.

Fin 2003, une enquête similaire est réalisée par l'Association professionnelle des internes des hôpitaux d'Amiens et URML de Picardie⁶ qui présente les résultats issus du traitement des 178 réponses reçues (dont 36 internes de médecine générale). *Le Livre blanc des internes de Picardie* (spécialistes et internes de médecine générale) paraît en 2004 (cité Picardie, 2004). L'objectif est de « trouver des explications à la situation démographique de la Picardie, en dernière position nationale pour la densité médicale de spécialistes et de généralistes ». Le questionnaire s'est inspiré de la première enquête sans être identique.

En 2004, les syndicats des internes des CHU de Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand et l'URML Rhône-Alpes publient le *Livre blanc des internes de spécialités des régions Rhône-Alpes et Auvergne* (cité Rhône-Alpes, 2004). L'enquête, réalisée par Cemka-Eval⁷, a recueilli 446 réponses, avec un taux de réponse variable selon les facultés (54,5 % à Saint-Étienne, 50 % à Lyon, 40 % à Grenoble, 28 % à Clermont-Ferrand). L'objectif est « d'apporter une perspective innovante de la vision des jeunes médecins », en intégrant une « nouveauté en termes générationnel puisque les internes les plus jeunes sont issus de la réforme du 3^e cycle des études médicales (ECN) ». À l'objectif d'un apport de connaissances pour construire les termes du

5. L'enquête de 2003 a eu pour promoteurs le syndicat des internes des hôpitaux de Paris et l'URML Île-de-France dans le cadre de l'Observatoire de la démographie médicale d'Île-de-France (cité Île-de-France, 2003).

6. La région Picardie a la densité la plus faible en médecins libéraux.

7. Cemka-Eval est un bureau d'études et de conseil indépendant spécialisé en économie de la santé, épidémiologie et santé publique. Créé en 1990 dans le cadre de la politique de valorisation de l'INSERM, il regroupe un ensemble multidisciplinaire de consultants qui interviennent dans le monde de la santé et de la pharmacie.

problème de la démographie médicale s'ajoute celui d'une mobilisation professionnelle pour interpeller les pouvoirs publics. Les auteurs invitent d'autres régions à « poursuivre le mouvement ». Les thèmes traités sont identiques, mais pas la formulation des questions.

Différentes enquêtes ont été réalisées sur les jeunes généralistes depuis une dizaine d'année⁸. Ces enquêtes n'ont pas toutes connu une diffusion élargie. On note, parmi les enquêtes plus récentes⁹, un souci de visibilité pour participer au débat public. On citera quelques enquêtes promues par des internes en médecine générale et ciblées sur l'évolution de la médecine générale. Leur objectif commun est de mieux connaître les aspirations des futurs omnipraticiens.

Une *Étude sur les mutations de la médecine générale* a été publiée en février 2005 par trois associations locales d'internes en médecine générale (affiliées à l'ISNAR-IMG), en collaboration avec l'URML Rhône-Alpes¹⁰ (citée Rhône-Alpes, 2005). L'objectif affiché est double : comprendre « les aspirations des futurs confrères » et les « transformations que les responsables de l'organisation du système de santé doivent prendre en compte ». 362 questionnaires d'internes en médecine générale repérés sur leur lieu de stage ont été traités (taux de retour de 58 %). Un questionnaire fermé de 44 questions projectives et prospectives a été traité par la société CAREPS¹¹.

Plus récemment (mai 2007), et toujours dans la même région, l'association des futurs médecins généralistes stéphanois a réalisé une enquête au cours d'un séminaire d'aide à l'installation, avec un questionnaire renseigné par 52 généralistes (citée Saint-Étienne, 2007a). Le but était de disposer de données locales et actuelles sur les perspectives professionnelles des internes. Paul Frappé, interne en médecine générale membre de l'association, a renouvelé l'enquête à la rentrée universitaire 2007-2008, dans la perspective d'un suivi à un an. Les résultats ont été rendus publics en novembre 2007 (citée Saint-Étienne, 2007b)¹².

Le magazine *Le Généraliste* a publié (19 octobre 2007) les résultats d'une enquête sur le choix de carrière en médecine générale (citée *Le Généraliste*, 2007). Il s'agit d'une enquête réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur le thème de l'installation¹³, fondée sur 827 questionnaires traités.

8. Par exemple par l'URML d'Aquitaine, *Enquête auprès des médecins généralistes ayant récemment débuté leur activité en Aquitaine*, 1996.

9. Il n'existe pas à notre connaissance de corpus exhaustif des enquêtes existantes. En avril 2003, l'URML de Basse-Normandie, en collaboration avec le département de médecine générale (DMG) de Caen, a réalisé une étude sur l'évolution de la formation et de l'exercice des futurs médecins généralistes (N = 153). En 2005, le DMG de Rennes a réalisé une enquête auprès de 126 étudiants de 3^e cycle sur ces mêmes thèmes.

10. En 1997, l'URML Rhône Alpes avait déjà réalisé une étude intitulée *Le Devenir professionnel des jeunes médecins diplômés dans la région Rhône-Alpes*, Lyon, URML Rhône-Alpes.

11. Le Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire, situé à Grenoble, est un bureau d'étude associatif qui propose depuis 1981 une expertise spécialisée dans les domaines sanitaire, social et environnemental.

12. Une enquête portant également sur les perspectives professionnelles des internes de médecine générale (N = 157) a été menée sur l'interrégion Grand-Ouest en 2005-2006 et 2006-2007 à l'initiative du DMG de Rennes.

13. Thèse de O. Marchand soutenue en 2006, dont les résultats ont été analysés par trois « jeunes chercheurs » en médecine générale (O. Marchand, A. Flacher, N. Baude). O. Marchand était alors président de l'ISNAR.

Les services de l'État (régionaux ou de l'administration centrale) se sont également préoccupés de mieux connaître la dynamique des choix professionnels des futurs médecins généralistes. Ces enquêtes ne diffèrent pas des précédentes au plan des objectifs généraux et de la population étudiée. Toutefois, elles se caractérisent par des traitements plus approfondis et un souci de consensus dans la conduite de la démarche.

En juin 2006, la DRASS Île-de-France publie une enquête sur le choix professionnel des résidents et internes de médecine générale (citée Île-de-France, 2006), réalisée auprès de 773 internes en médecine générale, en partenariat avec le coordonnateur de la formation des internes, l'URML et l'URCAM. L'objectif est énoncé à partir du constat d'une plus faible densité de généralistes en Île-de-France, il s'agit de connaître « les intentions professionnelles des internes en formation ».

La Direction de la Sécurité sociale (DSS) [bureau économie de la santé] a fait réaliser par les sociétés Eurostaf et Kaliopé une enquête de juin à octobre 2006¹⁴ (citée Direction de la Sécurité sociale, 2006). D'une portée nationale, l'enquête associe une démarche qualitative par entretiens (18 étudiants, 12 médecins généralistes nouvellement installés)¹⁵ et une enquête quantitative (100 étudiants, 101 médecins généralistes installés). L'objectif était de vérifier que les mesures prises par les pouvoirs publics correspondaient aux besoins des futurs et actuels médecins généralistes et de les adapter si nécessaire, en cherchant à connaître les facteurs susceptibles d'influer sur les choix de spécialisation et de lieu d'exercice.

Enfin, en mars 2007, le CNOM a publié une enquête d'opinion réalisée par l'institut BVA sur les *attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* (citée CNOM, 2007). Une enquête qualitative (20 entretiens) complète une partie quantitative (500 jeunes médecins, 3 701 étudiants [2 308 en DCEM2] et 1393 internes) réalisée de décembre 2006 à janvier 2007. L'objectif général était de connaître les attentes et motivations des étudiants et jeunes médecins (spécialistes et généralistes) par rapport à l'installation, dans le but de faire des propositions pour favoriser une implantation en zone démedicalisée.

■ ■ Des résultats convergents

Les enquêtes d'opinion examinées apportent des informations sur le choix d'installation, mais plus généralement sur le rapport au travail des jeunes générations, sur les modes et les lieux d'exercice souhaités ou choisis, sur le niveau d'adhésion aux principes de la médecine libérale.

Une analyse synthétique des résultats est présentée ici par thèmes, dans le but d'en dégager les principaux enseignements.

LE TEMPS DE LA FORMATION INITIALE :

UNE PÉRIODE QUI N'ENGAGE PAS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le choix de la médecine générale est revendiqué par les internes comme par les jeunes médecins. Selon l'enquête DSS 2006, 98 % des internes disent avoir retenu la médecine générale parmi leurs choix (1,9 choix formulé en moyenne) et, pour 68 %,

14. La source analysée ici est le rapport final d'octobre 2006 (203 p.).

15. Les enquêtés ont été indemnisés, avec l'accord du CNOM sur le montant versé (non communiqué).

il s'agirait du premier choix. Parmi les facteurs motivants sont cités : un métier que l'on souhaite exercer depuis longtemps (21 %), l'intérêt et la variété de ce type de médecine (20 %), les relations avec la patientèle (19 %), la nécessité vu le classement (15 %). Parmi les médecins généralistes nouvellement installés, 95 % disent avoir choisi la médecine générale dont 76 % en premier choix. Les critères mis en avant sont l'intérêt et la variété de la pratique (26 %), les relations avec les patients (16 %), les obligations de choix au concours (16 %), l'impossibilité d'opter pour une autre spécialité ou de réussir l'internat (ancien système) (16 %).

Pour autant, ce choix de l'orientation en médecine générale ne conduit pas nécessairement à vouloir exercer le métier de généraliste. L'enquête Île-de-France 2006 montre que 78 % des internes en médecine générale envisagent d'exercer comme généraliste, 10 % non et 12 % ne savent pas.

Le rôle des stages chez le praticien est jugé important. 90 % des internes ayant effectué un tel stage le jugent formateur (79 % des jeunes médecins installés) et 78 % déclarent qu'il les a confortés dans leur choix professionnel (22 % non), les médecins installés étant 86 % dans ce cas. Le stage est jugé formateur pour les relations aux patients d'abord (29 % des internes concernés et 28 % des jeunes médecins), pour les connaissances médicales (24 % et 23 %), pour les connaissances administratives (21 % et 22 %), enfin pour la gestion vie professionnelle et personnelle (17 % et 22 %). Il y a donc l'apprentissage du métier de généraliste et celui de l'exercice en libéral¹⁶. Une thèse de médecine générale récente montre que 98 % des internes de médecine générale interrogés (N = 145) estiment le stage chez le praticien nécessaire et que, à l'issue du stage, 7 % des répondants se disent déçus par la médecine générale, 22 % le sont peut-être et 71 % ne le sont pas¹⁷.

LE TEMPS LIBRE : UNE VALEUR QUI COMPTE AVEC UNE AMPLITUDE VARIABLE SELON LE GENRE ET LA SITUATION FAMILIALE

Les jeunes générations partagent un même souci d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Les enquêtes réalisées auprès d'internes de spécialité ou auprès d'internes en médecine générale offrent des résultats convergents.

La question du temps de travail souhaité est posée aux internes de médecine générale de la région Rhône-Alpes (2005), avec un distinguo « avec ou sans enfants ».

TABLEAU 1

INTERNES EN 3^E CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE RHÔNE-ALPES (N = 362 RÉSULTATS), EN %

Amplitude temps travail projeté	Hommes		Femmes	
	Sans enfants	Avec enfants	Sans enfants	Avec enfants
Temps plein	75	62	60	11
Temps partiel > 1/2	8	27	14	68
Mi-temps et moins	1	3	0	15
N'exercera pas	1	1	0	0
Ne sait pas	15	7	26	6

16. Parmi les internes de spécialité, la possibilité d'un stage en libéral est approuvée par environ 70 % des répondants (Rhône-Alpes, 2004), surtout en chirurgie (87 %) et pédiatrie (83 %), moins en anesthésie (60 %).

17. Samuel Béhar, *L'Influence du stage chez le praticien sur les internes de médecine générale*, thèse de médecine générale soutenue en décembre 2007, université de Rennes.

La variable « enfants à charge » produit un effet important, qui accroît encore l'effet de genre. Un tiers des internes hommes déclarent envisager de travailler à temps partiel s'ils ont des enfants, et 83 % des internes femmes sont dans le même cas. Le temps partiel dont il est question semble être proche d'un 80 %, le mi-temps est minoritaire.

D'une enquête à l'autre, les résultats peuvent fluctuer, mais le souhait de temps partiel reste essentiellement féminin. L'enquête réalisée en mai 2007 dans la même région (Saint-Étienne, 2007a) indique que 37 % des internes en médecine générale envisagent de travailler à temps partiel (60 % des femmes, 5 % des hommes), 60 % pensent exercer à plein temps (40 % des femmes, 95 % des hommes). La notion de temps partiel est relative : pour un tiers des répondants, il s'agit d'un mi-temps, pour un autre tiers, d'un deux tiers de temps et enfin pour un dernier tiers d'une activité à 80 %¹⁸.

La possibilité d'aménager le temps de travail est un facteur qui influence le « choix de carrière ». Dans l'enquête Rhône-Alpes 2005, l'amplitude horaire journalière est l'élément le plus souvent cité comme tout à fait déterminant, la possibilité de travailler à temps partiel vient après.

TABLEAU 2

FACTEURS LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE CHOIX DE CARRIÈRE
(% DE RÉPONSE OUI)

	Hommes	Femmes	Total
<i>L'amplitude horaire journalière</i>			
Influencera dont	87,5	95,5	92,5
Influencera beaucoup	42,0	69,0	59,0
Influencera un peu	45,5	26,5	33,5
<i>Possibilité de travailler à temps partiel</i>			
Influencera dont	53,0	89,0	75,0
Influencera beaucoup	21,0	53,0	41,0
Influencera un peu	32,0	36,0	34,0

On observe une variation assez significative des réponses selon les facultés d'origine, les internes lyonnais se déclarant plus sensibles à l'aménagement du temps de travail que leurs homologues de Grenoble ou Saint-Étienne, à *sex ratio* comparables. Faut-il penser, à titre d'hypothèse, que le changement dans le rapport au travail serait plus marqué en milieu urbain ?

Chez les généralistes, 68 % des internes disent penser qu'ils travailleront probablement moins que leurs aînés, 19 % pareil, 3 % probablement plus et 10 % ne savent pas (Rhône-Alpes, 2005). Ils imaginent qu'ils travailleront environ 42 heures par semaine (41 heures pour les femmes, 44 heures pour les hommes), c'est-à-dire, selon eux, 9 demi-journées avec 6 semaines de vacances. Les écarts horaires avec ce

18. Une thèse de médecine générale a établi le seuil du temps partiel à moins de 44 heures par semaine. Bourgeois Daubias B., *La Médecine générale libérale à temps partiel*. Enquête qualitative auprès de généralistes installés en Bretagne, université de Rennes, avril 2004.

qui est pratiqué dans leur région (Rhône-Alpes), et qu'ils peuvent observer en stage (48 heures semaine dont 54 heures pour les hommes et 42 heures pour les femmes), sont importants. En revanche, le nombre de demi-journées hebdomadaires et de semaines de vacances envisagé est assez voisin.

Équilibre entre vie privée et vie professionnelle

Les enquêtes montrent que la définition de l'activité professionnelle est fondée sur des compromis. L'enquête auprès des internes de médecine générale (Rhône-Alpes, 2005) apporte des éléments pour étayer ce constat. Sous le titre « Renoncements consentis », le rapport étudie ce que les futurs généralistes se disent prêts à faire (réduire leur activité, changer d'orientation) dans différentes circonstances (élever des enfants, suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple, avoir plus de temps libre et de loisirs). D'une manière générale, les femmes plus que les hommes se disent prêtes à aménager leur activité pour élever des enfants ou suivre leur conjoint, alors que le rapport s'inverse pour ce qui est du temps libre ou de loisirs où les hommes sont les plus nombreux à se dire prêts à modifier leurs conditions de travail.

72 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel (réduction du temps de travail) pour élever des enfants (84 % des femmes et 53 % des hommes répondent « oui, sûrement »). 59 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour suivre leur conjoint et privilégier leur vie de couple (64 % des femmes et 51 % des hommes). Pour avoir plus de temps libre et de loisirs, 41 % des internes déclarent qu'ils seraient prêts à modifier leurs conditions d'exercice professionnel (39 % des femmes et 43 % des hommes).

Une question synthétise ce point. « *En définitive, si vous avez plus tard à faire des choix entre votre vie professionnelle et votre vie privée, que privilégieriez-vous ?* » L'item « Plutôt la vie professionnelle » n'est choisi que par 4 % des internes (2 % des femmes, 7 % des hommes), tandis que « Plutôt la vie familiale et privée » l'est par 78 % des futurs généralistes (82 % des femmes, 72 % des hommes). 18 % ne se prononcent pas.

LE MODE D'EXERCICE ENVISAGÉ : QUELLE MÉDECINE LIBÉRALE ?

Le mode d'exercice envisagé par les internes et jeunes médecins est abordé dans les enquêtes selon plusieurs dimensions :

- le statut libéral ou non de l'activité, sachant qu'entre l'exercice libéral exclusif et le salariat plein temps existent des modes appelés mixtes plus ou moins proches de l'un ou de l'autre pôle ;
- la nature de l'activité, les jeunes généralistes envisagent différentes façons d'exercer la médecine générale, de l'omnipratique dite traditionnelle (la médecine de famille) à des formes de spécialisations fondées ou non sur des diplômes complémentaires ;
- l'exercice isolé ou en groupe, cette dernière modalité recouvrant des réalités diverses.

L'intitulé des questions varie d'une enquête à l'autre, en sorte qu'il est difficile de rapprocher point par point les résultats. De plus, le mode d'exercice est souvent envisagé comme une combinaison de modes d'activité.

Doit-on penser, avec l'enquête DSS 2006, que les internes de médecine générale ont déjà élaboré un projet d'installation ? Dans cette enquête, 83 % des internes ont répondu oui à la question « Avez-vous déjà élaboré un projet d'installation ? » (17 % non). Le mot « projet » ayant été introduit dans la question précédente (sur l'effet du stage chez le praticien qui a ou non « conforté votre projet professionnel »), on peut se demander si son adoption n'a pas été systématique dans le sens « a déjà pensé à », d'autant que les entretiens qualitatifs qui complètent le sondage conduisent à un constat inverse, à savoir que les internes n'ont pas vraiment de projet professionnel.

De jeunes généralistes évoquent (Saint-Étienne, 2007a), comme mode d'exercice envisagé après l'internat, un remplacement temporaire (66 %), le salariat temporaire (15 %, que des femmes), un mode définitif (19 %). Autrement dit, nombreux sont les jeunes généralistes qui prévoient de « tester » un mode d'exercice de la médecine générale qui leur convienne. Et leurs opinions sont analysées en tant que « projets professionnels ».

Les déclinaisons de l'exercice libéral

À la question « *Quel mode d'exercice envisagez-vous si les conditions le permettent à l'horizon 2010-2015 ?* », les internes de médecine générale répondent : certainement libéral exclusif 11 %, probablement libéral exclusif 28,5 %, certainement salarié exclusif 5,5 %, probablement salarié exclusif 9 %, mixte 39,5 %, ne travaillera probablement pas 0,3 %, ne sait pas du tout 7 %¹⁹. L'attrait « idéalisé » pour l'exercice mixte est analysé comme signe d'une difficulté à concevoir une coupure radicale avec le milieu hospitalier de formation. La plupart des internes expriment soit un choix incertain (« probablement » 37,5 %), soit un choix mixte (39,5 %).

L'indécision est plus forte chez les internes d'Île-de-France interrogés en 2006²⁰. Parmi ceux qui souhaitent exercer la médecine générale (76 %), 25 % sont indécis quant au mode d'exercice, 30 % envisagent l'exercice libéral exclusif (dont 25 % des femmes) et 46 % citent un mode mixte libéral et salarié. L'effet de genre est sensible, comme l'indique le tableau suivant :

TABLEAU 3

EFFET DU GENRE SUR LE MODE D'EXERCICE ENVISAGÉ (N = 580 DONT 183 HOMMES ET 397 FEMMES)

Mode d'exercice	Exercice mixte			Mode salarié		
	Ensemble	H	F	Ensemble	H	F
Oui	46,0	39,0	50,0	42,0	35,5	44,5
Non	27,0	34,0	23,0	40,5,0	46,5	38,0
NSP	27,0	27,0	27,0	18,0	18,0	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

19. URML Rhône-Alpes, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février 2005, 67 p.

20. Observatoire régional de la démographie médicale d'Île-de-France, URML Île-de-France, Syndicat des internes des hôpitaux de Paris, *Livre blanc des internes. À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?*, Paris, novembre 2003, 48 p., et synthèse 4 p.

50 % des femmes ayant répondu au questionnaire souhaitent exercer en mode mixte et 44,5 % en mode salarié. Mais, comme on l'a vu, 25 % des femmes déclarent souhaiter exercer en mode libéral exclusif. Ce qui signifie que quelques réponses sont contradictoires, une certaine prudence dans l'interprétation s'impose et la consistance des souhaits exprimés ne doit pas être surestimée.

Quand la question est plus tranchée, la distribution des réponses l'est aussi. L'enquête DSS 2006 proposait un choix binaire, sans item sur le salariat : « *Quel statut aurait votre préférence ?* » Les réponses sont : libéral exclusif 51 %, mixte ville-hôpital 49 %. L'exercice libéral est apprécié en ce qu'il permet une liberté d'organisation personnelle, une indépendance (26 %), la qualité de vie est citée aussi (15 %). Une autre enquête (*Le Généraliste*, 2007) propose : « *Souhaitez-vous vous orienter vers un mode d'exercice libéral ?* » Oui 38,5 %, non 61,5 %. Mais la même enquête indique que 49 % des internes interrogés citent « la médecine générale libérale » comme type d'exercice médical souhaité dans l'idéal, bien avant la médecine mixte (28 %), les exercices successifs (10 %), la médecine hospitalière (9 %), la médecine salariée extra-hospitalière (4,5 %).

L'enquête CNOM de 2007 aborde le mode d'exercice par le lieu : « *Comment souhaitez-vous exercer à l'avenir ?* (2 réponses possibles) ». Les réponses des étudiants (internes de médecine générale et de spécialité confondus) sont les suivantes : en cabinet individuel 11 %, en cabinet de groupe 56 %, en hôpital 48 %, en établissement de santé (dispensaire, clinique) 31 %, sous une autre forme salariée 6 %, ne sait pas 1 %. Le rapport d'enquête recalcule les résultats sur une base 100 et synthétise les résultats ainsi : libéral 62 %, salarié 30 %.

TABLEAU 4

VARIATION DE LA DISTRIBUTION DES SOUHAITS EXPRIMÉS PAR LES INTERNES QUANT AU MODE D'EXERCICE FUTUR DANS DIFFÉRENTES ENQUÊTES. RÉSULTATS EXPRIMÉS EN %

Enquête sources	Effectifs	Libéral exclusif	Salarié	Mixte	NSP
Picardie 2004	35 médecine générale	54	8	37,5	
Rhône-Alpes 2005	362 médecine générale	38,5	14,5	39,5	7
Île-de-France 2006	753 médecine générale	30		46	25
DSS 2006	100 médecine générale	51		49	
CNOM 2007	1 393 spé. médecine générale	62	30		
<i>Le Généraliste</i> 2007	827 médecine générale	49	13,5	28	
Saint-Étienne 2007b	124 médecine générale	42	10	10	

Les résultats ne sont pas strictement comparables car la formulation des questions diffère d'une enquête à l'autre.

Une enquête (*Le Généraliste*, 2007) s'intéresse aux raisons d'un choix autre que la médecine libérale. Les internes qui déclarent ne pas vouloir s'orienter vers un mode d'exercice libéral (61,5 %) citent les réponses suivantes : horaires aménagés (13 %), activité variée (13 %), avantages sociaux (11 %), travail en réseau (11 %), temps libre (9 %), moins de charges (2 %), rémunération différente (1 %), statut social (0,6 %).

L'autonomie, mais pas l'isolement

Comme on l'a vu, plusieurs enquêtes distinguent le mode libéral isolé de l'exercice libéral de groupe. Dans toutes les enquêtes qui abordent ce point, l'attraction de l'exercice de groupe est très supérieure à celle de l'activité isolée. Pour les internes pensant opter pour l'exercice libéral (39 %, Rhône-Alpes, 2005), le mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015 est : seul(e) 3 %, cabinet de groupe de médecine générale 67 % (femmes 73 %, hommes 57 %), centre pluridisciplinaire libéral 18 % (femmes 15 %, hommes 24 %), ne sait pas du tout 11 %. Autrement dit, le souhait d'exercer dans un collectif de travail rassemble 85 % des souhaits exprimés. Le commentaire souligne que « les aspirations des nouvelles générations contrastent singulièrement avec la réalité actuelle, tout en sachant que les conditions ne permettront probablement pas à tous les étudiants de satisfaire leur souhait ».

Le tropisme de l'exercice de groupe n'est pas différent dans l'enquête DSS 2006 : le mode d'exercice préféré est le groupe (91 %) plutôt qu'individuel (8 %). Selon les *verbatim* de l'enquête, pour 34 % le groupe permet de conjurer l'isolement (difficultés à se faire remplacer, pas d'échanges professionnels).

Quand la question est posée « à long terme » (Saint-Étienne, 2007a), les réponses sont plus partagées²¹ : libéral seul 2 %, libéral en groupe 62 %, exercice mixte 27 %, salariat 9 %, remplacement 0 %. Pour les promoteurs de l'enquête, ces résultats traduisent « une certaine peur de l'isolement ». L'enquête suivante réalisée dans la même faculté donne des résultats globalement proches : libéral seul 5 %, libéral en groupe 63 %, exercice mixte 15 %, salariat 15 %, remplacement 1 %.

Les souhaits exprimés par les internes ne sont pas assimilables à l'expression d'un projet ou d'une volonté déterminée. Il s'agit plutôt d'une représentation de ce qui semble optimal en matière de mode d'exercice. Les enquêtes réalisées auprès de jeunes médecins installés permettent de prendre la mesure de cette observation. Ainsi, une enquête²² réalisée en 2006 auprès de jeunes généralistes installés en libéral montre que 12 % ont un exercice mixte avec des fonctions hospitalières (et 88 % sont en libéral exclusif). La recherche d'activité complémentaire, nécessaire à une forme d'exercice « mixte », semble prématurée pour beaucoup de nouveaux installés. D'autre part, on observe que les modes d'installation sont pour 44 % la création d'un cabinet, pour 19 % la reprise d'une clientèle et pour 35 % l'association dans un groupe. On voit donc que le souhait d'exercer en groupe, qui passe pour unanime, n'entraîne pas nécessairement une traduction immédiate dans les faits. 50 % des médecins nouvellement installés exercent en groupe et 50 % en individuel. Les raisons évoquées sont, pour les premiers, le partage des tâches et des charges, l'intérêt du travail en commun (30 %), pour les seconds, la liberté d'organisation et l'indépendance d'abord (34 %), les raisons familiales (13 %) ou une opportunité (8 %) étant les autres raisons évoquées.

21. Les pourcentages sont calculés ici sur les seuls répondants : 46 sur 86 pour la première enquête, 78 sur 124 pour la seconde.

22. Direction de la Sécurité sociale, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, Rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliope, Paris, 2006, 202 p., et synthèse de 22 p.

Tout se passe comme si le salariat servait de modèle implicite

L'exercice professionnel est envisagé dans une perspective de compatibilité avec la vie privée mais aussi dans la perspective à plus long terme d'une vie de travail.

Une enquête a cherché à éclairer le souci d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, en parlant de « critères susceptibles de guider le choix de carrière ». L'enquête (Rhône-Alpes, 2005) demandait aux internes de médecine générale de classer (de 1 à 4) quatre critères allant guider leur choix de carrière : l'intérêt intellectuel, les conditions de travail, les aspects financiers, la qualité de vie privée et familiale.

TABLEAU 5

CRITÈRES DE CHOIX CITÉS EN PREMIER ET EN SECOND SELON LE SEXE (N = 339), EN %

Choix cités	Hommes		Femmes		Total	
	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e	1 ^{er}	1 ^{er} et 2 ^e
Qualité de vie	54	82	67	92	62	89
Intérêt intellectuel	23	45	16	52	19	49
Conditions de travail	18,5	51	15	45	17	47
Aspects financiers	6,5	23	1	11	3	15

Les femmes attachent plus d'importance à la qualité de vie que les hommes.

Quand la question est moins générale, les « conditions de travail » devenant « amplitude horaire journalière », « contraintes liées aux gardes », « possibilité de travailler à temps partiel ou d'interrompre temporairement son activité », les réponses sont à la fois plus nombreuses et plus contrastées selon le genre. Les femmes se déclarent beaucoup plus sensibles aux contraintes temporelles de l'organisation du travail.

TABLEAU 6

FACTEURS LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE CHOIX DE CARRIÈRE, OUTRE L'INTÉRÊT DU MÉTIER, EN FONCTION DU SEXE (N = 362), EN %

Influence sur choix	Hommes		Femmes		Total	
	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu
Amplitude horaire/jour	42	45	69	26	59	33
Contraintes gardes	33	47	57	37	48	41
Possibilité temps partiel	21	31	53	36	41	34
Interruption activité	26	46	38	47	34	47

Les écarts les plus importants entre femmes et hommes concernent les facteurs liés au travail quotidien. En ce qui concerne la modalité « influence beaucoup », l'écart est de + 28 points pour le temps partiel, de + 27 points pour l'amplitude horaire quotidienne, de + 24 points pour les gardes et de + 12 points pour l'interruption d'activité. Ce résultat est important en ce qu'il montre que, pour les internes, l'organisation du travail est un élément essentiel pour apprécier le mode d'exercice futur.

De la médecine générale à la spécialisation

La médecine générale n'est pas toujours omnipraticienne. Les modes d'exercice particulier (MEP), les « orientations » plus ou moins revendiquées sont comme des

formes de spécialisation au sein de la médecine générale²³. Il semble que ces formes de spécialisation soient envisagées par certains internes dès leur formation : 35 % des internes souhaitant exercer la médecine générale (Île-de-France, 2006) envisagent de préparer une spécialisation (urgences 39 %, gériatrie 14 %, maladies infectieuses 10 %, autres 37 %).

Les enquêtes montrent que les jeunes généralistes sont nombreux à vouloir compléter leur formation et, pour certains, à vouloir se spécialiser. Quand on leur demande s'ils envisagent une formation complémentaire, les internes en médecine générale (Rhône-Alpes, 2005) répondent certainement 58 %, probablement 32 %, *a priori* non 8 %, non réponse 2 %. Ce qui est envisagé : DU dans une discipline médicale 75 %, capacité 53 %, autre (formation non médicale) 12 %. Parmi les internes stéphanois, 21 % avaient une formation complémentaire en cours ou validée en 2006, et 64 % déclaraient envisager d'en faire une (Saint-Étienne, 2007a). Ces chiffres sont de 14 % et 85 % dans le suivi à un an (Saint-Étienne, 2007b). Les DESC sont de plus en plus cités parmi les formations envisagées²⁴.

En Île-de-France, 16 % des internes en 3^e cycle de médecine générale préparaient une spécialisation en 2003, 41 % en 2004 et plus de la moitié en 2005, le phénomène s'accroissant dans les promotions récentes²⁵. Parmi les internes stéphanois, 9 % suivent ou ont validé un DESC et 47 % en envisagent un (urgences, médecine du sport, gériatrie, gynécologie sont les plus cités) (Saint-Étienne, 2007b).

Quand on demande aux internes en médecine générale pensant opter pour l'exercice libéral (ils sont 39 % dans l'enquête Rhône-Alpes, 2005), le détail du mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015, on obtient les réponses suivantes : exercice traditionnel de la médecine générale, mode unique 45 % ; exercice traditionnel avec orientation (exemple nutrition) 26,5 % ; activité spécifique exclusive (angiologie, médecine du sport) 11 % ; MEP prédominant 6 % ; ne sait pas encore 10 %. Avant même de s'installer, 17 % des internes pensent à un exercice spécialisé. Dans l'esprit des internes interrogés, médecine générale ne rime plus nécessairement avec médecine de famille.

LES CRITÈRES DE CHOIX DE L'INSTALLATION VARIENT SELON L'AVANCÉE DE LA FORMATION

Dans les enquêtes, le mot installation dépasse l'installation en cabinet libéral pour signifier l'entrée dans la vie professionnelle active et le « choix de l'installation » est traité soit comme choix du lieu (région, zone d'habitation urbaine *versus* rurale), soit comme une mesure de l'influence de différents critères dans le processus de choix. La question n'est pas perçue avec la même pertinence selon que l'on débute l'internat, que l'on achève ses études ou encore que l'on pense différer la décision.

23. Voir Alain Giami qui parle de spécialisation informelle in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, à paraître en 2008 aux éditions EHESP.

24. Dans l'enquête 2006-2007 sur les internes de médecine générale de l'interrégion Grand-Ouest, « 51 % envisagent un DESC et 6 % ne savent pas ». Parmi les DESC envisagés : urgences (30), médecine du sport (15), gériatrie (11).

25. Document Île-de-France 2006, p. 5.

Une période de remplacement souhaitée avant l'installation

Depuis longtemps déjà, l'installation n'est plus considérée comme le début de la vie professionnelle (Baszanger, 1983 ; Herzlich *et al.*, 1993). Une période de remplacement est envisagée par 66 % des internes de médecine générale comme mode d'exercice après l'internat (Saint-Étienne, 2007a). Près de neuf médecins généralistes sur dix ont effectué des remplacements avant de s'installer eux-mêmes (87 %, DSS 2006). 10 % d'entre eux ont remplacé pendant plus de cinq ans, et 48 % moins de vingt mois. La période de remplacement a conforté 23 % d'entre eux à s'installer localement, et 20 % disent y avoir trouvé un projet d'association, 14 % la justification pour s'installer seul.

La perspective d'une installation différée est ainsi partagée par une partie des internes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Cette disposition explique peut-être la proportion parfois importante de non-réponses aux questions sur la localisation de l'installation.

Lieu de stage et lieu de l'installation

Un décalage peut exister entre le lieu où s'est effectué le stage et le lieu d'installation. C'est ce que montre l'enquête DSS 2006, effectuée auprès de généralistes nouvellement installés. La moitié des stages ont été fait en centre-ville alors que 29 % des médecins s'y sont installés. Inversement, si 33 % des étudiants ont effectué leur stage en zone rurale et semi-rurale, 45 % déclarent s'y être installés.

TABLEAU 7

TYPE D'ENVIRONNEMENT ET D'AGGLOMÉRATION : LIEU D'INSTALLATION DES JEUNES GÉNÉRALISTES EN COMPARAISON AVEC LEUR LIEU D'ÉTUDES (RÉPONSES EN % DE CITATION)

	Type d'environnement		Type d'agglomération		
	Installés	Lieu de stage		Installés	Lieu de stage
Centre-ville	29	49			
Zone rurale	27	17	+ 100 000 habitants	49	42
Zone périurbaine	26	17	De 10 000 à 100 000 habitants.	26	26
Zone semi-rurale	18	16	-10 000 habitants	26	32
Total	100	100	Total	100	100

Le choix d'une région

Les régions sont, on le sait, plus ou moins attractives et c'est d'ailleurs le déficit d'attractivité qui a motivé la réalisation d'enquêtes auprès de futurs médecins dans plusieurs d'entre elles. Un des effets prêté aux épreuves classantes nationales (ECN) est le désir de mobilité accru du fait d'un recrutement qui serait plus exogène aux facultés. Ce phénomène serait surtout sensible pour les spécialistes. Selon le livre blanc des internes de Picardie (2004), ce sont des éléments concrets (lieux de rencontre entre médecins, information sur les besoins locaux, sur les opportunités de formation ou d'installation) qui seraient susceptibles d'encourager l'installation locale.

La DRASS Île-de-France, également mobilisée sur cette question (Île-de-France, 2006), pose la question suivante : « Avez-vous l'intention d'exercer en Île-de-France ? » Les internes en médecine générale interrogés ont répondu oui à 61 %, non à 16 %, 33 %

ne se sont pas prononcés. Le commentaire conclut que « près de la moitié des étudiants ne souhaitent pas exercer en Île-de-France, invoquant le souhait d'une meilleure qualité de vie ». Or l'enquête indique clairement que, si 16 % des internes ne souhaitent pas exercer dans la région, 33 % n'ont pas d'avis ou ne se sont pas posé la question. D'ailleurs, à propos des motifs d'exercice hors de la région, 24 % des femmes et 13 % des hommes évoquent le rapprochement familial, ce qui ne met pas en cause la région. Même dans une région jugée attractive (Rhône-Alpes) où 69 % des internes de médecine générale déclarent vouloir s'installer, 12 % souhaitent aller dans une autre région et 18 % ne savent pas (Rhône-Alpes, 2005).

Entre la ville et la campagne

Le lieu d'installation est aussi abordé par les types de zones d'habitation. La catégorisation est changeante d'une enquête à l'autre, et pas toujours précisément définie. En Rhône-Alpes, quatre items qualifient le « lieu d'installation privilégié » par les internes de médecine générale (Rhône-Alpes, 2005). Les réponses sont les suivantes : agglomération de taille relativement importante 16,5 %, dans une ville moyenne 32 %, dans une petite ville 36 %, en milieu rural 13 %, ne sait pas 3 %. Il est difficile d'apprécier ce que recouvre chaque catégorie, la petite ville vu par un Lyonnais n'est peut-être pas la même que ce qu'envisage un interne originaire de la Dombes. À Saint-Étienne, les futurs généralistes envisagent de s'installer en milieu urbain (23 %), semi-rural (68 %), rural (9 %) et 10 % ne savent pas (Saint-Étienne, 2007a)²⁶. La dernière enquête connue (*Le Généraliste*, 2007) confirme la recherche d'un compromis entre milieu urbain et milieu rural. Les internes de médecine générale disent souhaiter exercer la médecine libérale en milieu urbain (15,5 %), péri-urbain (27 %), semi-rural (43 %), rural (8 %). 7 % ne savent pas. Et 34 % déclarent souhaiter s'installer dans leur ville ou canton d'origine. Ce résultat est important car il montre que le choix se fait en fonction d'un cadre de référence et que, de ce point de vue, il serait utile de connaître le lieu d'origine des internes qui est un des facteurs de choix.

Une enquête qui distingue le type d'environnement (« *Dans quel type d'environnement souhaiteriez-vous vous installer ?* ») du type d'agglomération (même formulation) met au jour la faible consistance des réponses (DSS, 2006). Ainsi, 29 % des internes répondent « zone rurale » et 17 % « zone semi-rurale », soit 45 % qui déclarent envisager s'installer en zone rurale ou semi-rurale, mais ils ne sont que 27 % à choisir une commune de moins de 10 000 habitants. Le sens des items est incertain.

26. Le commentaire relativise la portée des résultats et précise qu'un interne a qualifié une ville de moins de 60 000 habitants de « semi-rural ». Les résultats de l'enquête réalisée en octobre 2007 dans la même faculté confirment les préférences exprimées : rural 8 %, semi-rural 75 %, urbain 17 %.

TABLEAU 8

**TYPE D'ENVIRONNEMENT ET D'AGGLOMÉRATION SOUHAITÉ PAR LES ÉTUDIANTS POUR LEUR INSTALLATION
(RÉPONSES EN % DE CITATION)**

Dans quel type d'environnement souhaiteriez-vous vous installer ?	Dans quel type d'agglomération souhaiteriez-vous vous installer ?		
Centre-ville	29	Type agglomération	
Zone rurale	29	> 100 000 habitants	38
Zone périurbaine	25	10 000 à 100 000 habitants.	34
Zone semi-rurale	17	< 10 000 habitants	27
Total	100		100

On retrouve la même difficulté dans l'enquête du CNOM (2007). La question suivante était posée aux internes et aux jeunes médecins : « *Seriez-vous prêt à exercer à l'avenir : dans une petite ville de province, en banlieue pavillonnaire de grande ville, en zone rurale (village, bourg), en banlieue de grande ville dans une cité populaire* ». La question ne donne aucune définition, les enquêtés répondent donc en se fondant sur leurs représentations personnelles. Face aux résultats, le lecteur ignore le sens donné à chaque item.

Les résultats des enquêtes convergent en ce qu'ils montrent, quel que soit l'intitulé des questions, l'attrait d'une forme idéalisée de compromis souhaité entre la qualité de vie offerte par l'environnement, le type de relation avec la clientèle, la diversité des pathologies traitées, etc., exprimée le plus souvent par les formulations « semi-rural », « ville moyenne », « petite ville ».

Parmi les évolutions constatées, la dissociation faite entre le lieu d'habitation et le lieu de travail peut avoir des effets importants sur la densité médicale. Plusieurs enquêtes, parmi les plus récentes, évoquent la distance souhaitée entre le lieu d'exercice et le lieu d'habitation. Si l'on retient les deux enquêtes réalisées à Saint-Étienne (mai 2007, octobre 2007), intéressantes vu l'environnement rural proche, on observe que la distance envisagée entre le lieu d'exercice et le lieu d'habitation est de 0-20 km pour 12 % et 22 %, 21-40 km 47 % et 28 %, 41-80 km 29 % et 22 %, plus de 80 km 12 % et 28 %. Les chiffres fluctuent d'une enquête à l'autre, de même que le taux de réponse (50 % et 32 %). D'autre part, le fait que seulement 20 % des internes qui s'expriment aient des enfants affaiblit la portée de ces résultats dans la mesure où l'évolution de la situation familiale est un facteur déterminant. Toutefois, et en dépit de ces réserves, il semble que la mobilité quotidienne ne soit pas rejetée *a priori*²⁷.

Les enquêtes mettent aussi en lumière une relative méconnaissance de l'environnement. Par exemple, l'enquête réalisée en 2004 en Picardie montre que la situation démographique régionale est largement ignorée par les internes (61 % ignorent les données régionales, 59 % déclarent ignorer les secteurs déficitaires). De même pour les modalités d'installation en libéral qui sont ignorées par 78 % des internes et le coût d'une installation par 80 %. En fait, c'est au moment de s'installer que les jeunes médecins cherchent des informations. Sur 100 jeunes installés, 90 % déclarent s'être informés, 47 % auprès de sources diverses, 35 % auprès de la Sécurité sociale

27. Le rapport d'enquête (Saint-Étienne, 2007b) présente une carte avec des cercles de 25 km de rayon autour des villes ayant un centre hospitalier et indique que les zones qui auront des difficultés se trouvent en dehors de ces aires d'attraction.

(et CPAM), 34 % auprès de l'Ordre, 8 % de collectivités locales, 7 % de syndicats étudiants, 5 % de la Faculté de médecine, 3 % de l'URML (DSS, 2006).

Le choix d'installation se fait dans un registre de préférence tout autant que de nécessité

Contrairement à ce qui existe dans d'autres professions libérales (architectes, avocats), le début de carrière des médecins n'est pas marqué fortement par les difficultés à se faire reconnaître par les pairs ou à conquérir une clientèle (et donc des moyens de subsistance) (Lapeyre, Robelet, 2008). Sauf à s'installer dans une zone surmédicalisée, les jeunes médecins ont l'assurance d'un niveau d'activité et de revenus acceptables dès le début de leur exercice. Cette particularité explique que le choix d'installation se pose d'une façon très ouverte. La question n'est pas d'abord de rechercher ou de décrocher une place disponible, elle est de trouver le meilleur compromis possible selon les offres qui se présentent.

Les étudiants en médecine et les jeunes installés n'ont pas les mêmes points de vue : l'exemple du lieu d'installation

Par souci de lisibilité, et de simplification peut-être, la présentation des résultats d'enquête évoque « les jeunes médecins » ou « le lieu d'installation » par exemple. Or les jeunes médecins représentent une population hétérogène dont les conditions de vie sont variables (étudiants, jeunes installés, célibataires, couples double actif ou non, ayant ou non charge d'enfants). Les motivations et les critères de choix peuvent être très différents selon les situations individuelles, mais les résultats des enquêtes privilégient le plus souvent les regroupements ou les majorités plutôt que les variables discriminantes. D'une enquête à l'autre se produit un effet de halo, ou de convergence artificielle, par répétition. Les questions relatives au lieu d'installation illustrent cette observation.

Les questions ne distinguent pas le lieu de vie du lieu d'exercice, comme si le médecin relevait encore du modèle artisanal où l'on vit au-dessus de sa boutique. Le lieu d'installation, dans la formulation des questions, n'est pas géographique, il signifie indistinctement l'environnement, le cadre de travail et de vie. Dans les intitulés, les critères liés à la qualité et aux conditions de vie priment sur les critères plus professionnels. C'est d'ailleurs une constante dans les enquêtes, les activités professionnelles et le travail proprement dit sont peu traités par rapport aux conditions de vie ou aux situations d'emploi. De même, les besoins de la population n'apparaissent que très peu.

Ainsi, en 2003, parmi les critères influençant le choix d'installation (ensemble d'items proposés dans le questionnaire), la « possibilité professionnelle du conjoint » est jugé le plus important (77,5 % des internes de spécialité). Et plus par les femmes (80 %) que par les hommes (75 %). Les critères liés à la qualité de vie viennent ensuite : qualité de vie dans le quartier (74 %), proximité services culturels (73 %), proximité établissement scolaire, (65 %). On ne note pas de différence significative entre femmes et hommes. *A contrario*, et sur un plan professionnel, les critères liés à la demande de soins (zone déficitaire) ou aux propositions de succession (reprise de cabinet) n'apparaissent pas avoir un effet important, de même que la présence ou non de paramédicaux. Les résultats obtenus en Rhône-Alpes en 2004 sont très similaires,

mais avec des niveaux de réponses plus faibles et difficilement interprétables car la base de calcul des pourcentages n'est pas donnée.

Parmi les généralistes, il est intéressant de comparer les réponses des étudiants à celles des jeunes installés (DSS, 2006), les critères cités n'ont ni le même poids ni le même ordre.

TABLEAU 9

« EN CE QUI CONCERNE LE CHOIX DE VOTRE LIEU D'EXERCICE, JE VAIS VOUS CITER UNE LISTE DE CRITÈRES SUSCEPTIBLES DE L'INFLUENCER/DE L'AVOIR INFLUENCÉ. POUR CHACUN D'EUX, POUVEZ-VOUS ME DONNER UNE NOTE ENTRE 1 ET 10 SELON L'IMPORTANCE QU'ILS ONT POUR VOUS (1 = AUCUNE IMPORTANCE, 10 = TRÈS IMPORTANT) ? »

	Moyenne étudiants	Écart type	Moyenne jeunes installés	Écart type
Qualité de vie	8,3	1,6	7,6	1,8
Relations avec la patientèle	8,2	1,4	7,6	2,1
Diversité des pathologies rencontrées	7,9	1,9	7,0	2,3
Possibilité d'exercice en groupe	7,7	1,8	5,4	3,2
Entourage médical et paramédical	7,5	1,5	6,7	2,3
Projet de couple	7,4	2,7	5,6	3,2
Environnement scolaire et culturel	7,3	1,7	6,0	2,5
Activités culturelles et de loisir	7,2	1,9	5,4	2,8
Importance de l'activité	7,1	1,7	5,7	2,4
Origine géographique	7,0	2,6	6,3	3,2
Opportunité d'installation	6,9	1,6	7,5	2,5
Aides financières	5,8	2,7	2,6	2,8
Lieu d'études	5,4	2,6	4,8	3,3
Ensemble	7,2		6,0	

On observe que les étudiants attribuent des notes plus élevées aux critères que les médecins nouvellement installés. Ils donnent une grande importance à 11 items sur 13 (le commentaire parle « d'objectifs plus élevés ») et on observe qu'il y a moins d'un point d'écart entre 9 critères, ce qui signifie que la question ne « fonctionne pas » auprès des étudiants, elle ne permet pas de classer les critères car elle n'est pas discriminante. Seuls deux critères (qualité de vie, relations aux patients) sont cités dans le même ordre et en premier par les étudiants et les jeunes médecins installés. Les étudiants citent ensuite la diversité des pathologies alors que les médecins installés citent l'opportunité d'installation. On note que l'exercice en groupe est plus valorisé par les étudiants que par les installés. Dans les deux groupes, les aides financières et le lieu d'études sont les critères les moins valorisés.

Ces résultats invitent à relativiser, d'une part, la capacité d'influence de chaque facteur pris isolément, car les choix se font par compromis et, d'autre part, le caractère prédictif à donner aux déclarations des jeunes médecins en formation. Mais ils sont par ailleurs éclairants sur l'évolution du rapport au travail des jeunes générations de médecins. L'enquête du CNOM (2007) illustre ces dernières remarques et montre, s'il en était besoin, que l'espace de choix est bien réel pour les jeunes médecins : le revenu est assuré (la moitié seulement des médecins déclare s'en préoccuper) et aucun élément ne s'impose autant pour le choix d'installation que la satisfaction personnelle.

TABLEAU 10

« PARMIS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS, QUELS SONT CEUX QUI ONT ÉTÉ/SERONT LES PLUS IMPORTANTS DANS VOTRE CHOIX D'INSTALLATION PROFESSIONNELLE ? » (SPÉCIALISTES ET GÉNÉRALISTES CONFONDUS)

Critères de choix	Jeunes médecins	Rang de citation	Étudiants	Rang de citation
L'épanouissement personnel de vous-même et de votre famille	93	1	81	1
La possibilité que vous avez/aurez d'y exercer le mieux possible votre discipline	93	2	55	2
Que cette localisation soit compatible avec la profession, les attentes de votre conjoint	78	3	42	4
La relation que vous avez/aurez avec vos patients	77	4	43	3
L'environnement géographique dans lequel vous vous situez	77	5	41	5
L'utilité sociale de votre métier	77	6	14	7
Le revenu que vous retirez/retirez de votre activité	50	7	16	6

Les éléments cités sont perçus comme pertinents par les jeunes médecins, dont le taux de réponse est élevé : 93 % pour les deux critères d'intérêt personnel, 77 % pour les quatre éléments d'environnement (la compatibilité pour le conjoint, la relation aux patients, la géographie et l'utilité sociale). Une réserve est sensible pour déclarer le revenu comme élément important pour le choix d'installation (50 % des répondants).

Chez les étudiants, le niveau des réponses est différent. Seuls les éléments strictement individuels mobilisent de façon significative les répondants : l'épanouissement (81 %), le souci d'exercer le mieux possible sa spécialité (55 %). Les critères d'environnement (équilibre du couple, patients, géographie) sont cités par moins de la moitié des étudiants (autour de 42 %), l'utilité sociale et le revenu ne sont mentionnés que par 15 % des étudiants. La question du choix d'installation ne paraît pas seulement prématurée pour les étudiants, elle ne semble pas les mobiliser réellement, sans que l'on sache s'il s'agit d'un faible niveau d'attention en général ou si les questions sont jugées plus ou moins pertinentes (par exemple, ne sachant pas si les étudiants vivent en couple ou non, on ignore si la question de compatibilité du choix avec les attentes du conjoint relève de la fiction ou d'une réalité).

La structure des réponses est comparable pour les jeunes médecins et les étudiants, les deux premiers critères étant l'épanouissement personnel et l'intérêt intellectuel du métier (exercer le mieux possible sa spécialité). La version publiée des résultats, calculés pour l'ensemble des spécialités, produit un effet d'homogénéisation qui gomme les particularités, de la médecine générale par exemple. Toutefois, le rapport de synthèse, lui, apporte des compléments plus nuancés. Ainsi, 42 % des étudiants citent « la localisation compatible avec la profession ou les attentes de votre conjoint » comme élément de choix d'installation, mais la proportion s'élève à 58 % pour les répondants ayant un conjoint, et à 74 % s'il existe un conjoint cadre (57 % s'il existe un conjoint ayant une « CSP inférieure »). L'importance de ce critère, logiquement corrélé à la vie en couple, est donc liée à l'âge et au choix du conjoint. Les réponses des jeunes étudiants célibataires ne peuvent être assimilées aux réponses des internes plus âgés et vivant en couple, dès lors que l'on adopte une perspective prospective.

PRINCIPES CONVENTIONNELS ET INCITATIONS PUBLIQUES

Parmi les principes libéraux évoqués dans la charte médicale de 1927, il en reste deux pleinement respectés : la liberté d'installation et le paiement à l'acte (Barnay *et al.*, 2007). Seules les enquêtes réalisées auprès des internes de spécialité autre que médecine générale abordent ces thèmes²⁸. En revanche, l'ensemble des enquêtes, traite des mesures incitatives proposées et de leurs effets. Une seule enquête évoque l'action des pouvoirs publics et sa légitimité perçue (CNOM, 2007).

La liberté d'installation

La liberté d'installation est abordée en tant que telle dans deux enquêtes. Il a été demandé aux internes de médecine générale leur opinion sur la limitation des installations dans certains secteurs (instauration d'un *quantum* d'habitants par médecin). Les résultats sont assez partagés : tout à fait légitime 3 %, assez légitime 23 %, contestable 41 %, inacceptable 31 %, non-réponse 1 % (Rhône-Alpes, 2005). L'enquête Picardie 2005, qui assimile internes de spécialité et internes de médecine générale, aborde la question différemment : « *Pour régler les problèmes démographiques, seriez-vous en faveur de l'abandon de la liberté d'installation du médecin ?* » Non 88 %, oui, 6 %, non-réponse 6 %. L'intitulé de la question est orienté : comment consentir à l'abandon d'une liberté pour un but aussi vague ? Le commentaire à tonalité syndicale parle d'un rejet massif et ajoute « la piste de l'obligation ne semble pas convenir aux jeunes médecins ». « Cette tendance (...) représenterait une cause de conflit dur et déterminé. »

Les mesures incitatives à l'installation

La perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées a fait l'objet d'une enquête approfondie (DSS, 2006) auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. La représentation des zones sous-médicalisées est très proche chez les médecins installés et chez les internes. A la question ouverte : « *Pour vous, qu'est-ce qu'une zone sous-médicalisée ?* », les médecins et les internes citent : une zone rurale (49 %, 46 %) ou semi-rurale (10 %, 9 %), une zone urbaine en grande difficulté (18 %, 15 %), une zone urbaine défavorisée (14 %, 14 %).

Parmi les jeunes généralistes installés, 5 % déclarent avoir bénéficié d'aides de la Sécurité sociale ou de collectivités. Ils sont 44 % à connaître les aides à l'installation en zone sous-médicalisée, sans grande précision quand il s'agit d'en citer, si ce n'est l'aide au logement (31 %) ou l'exonération de charges sociales (29 %). La presse est leur principale source d'information (50 %), puis les contacts interpersonnels (20 %), l'Ordre (10 %), Internet (8 %) et la faculté (6 %). La question relative aux aides dont souhaiteraient bénéficier les médecins s'ils devaient s'installer en zone sous-médicalisée ne motive pas les enquêtés et les rares répondants citent les exonérations sociales (28 %), les aides au logement (sans que l'on sache s'il s'agit du logement privé ou du local professionnel, 24 %). 88 % ne connaissent pas les contreparties

28. Plusieurs thèses de médecine générale ont traité récemment du mode de rémunération des médecins. On peut citer : Sophie Paillet, *Étude du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux*, Brest, 2003, et Julien Cousança, *État des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération*, Rennes, 2007.

exigées pour pouvoir bénéficier des aides et, quand on leur cite l'exercice de groupe, 78 % y sont favorables, l'engagement à exercer pendant une période de cinq ans au moins, 71 % se disent favorables, l'élargissement de la période de soins au samedi après-midi, 26 % approuvent. La perspective de transférer son cabinet en zone sous-médicalisée en contrepartie d'aides ne mobilise que 23 % des répondants qui disent être ouverts à une telle éventualité, 20 % dans l'hypothèse d'un engagement de cinq ans. Une autre question, qui introduit la création d'une maison médicalisée avec un tour de garde organisé entre généralistes, obtient 31 % de déclaration d'intérêt. En fait, si 9 % des nouveaux installés manifestent un désir de changement, 42 %, au contraire, se déclarent attachés à leur installation actuelle. Le rapport d'enquête conclut qu'il convient de faire connaître les aides, et dans ce cas ce sont les facultés (34 %), le CNOM (19 %) et la Sécurité sociale (14 %) qui sont cités comme vecteurs possibles. Une conclusion s'impose : les aides proposées sont peu incitatives.

Les opinions des internes en médecine générale ne sont pas très différentes. La connaissance des aides est faible (23 %) et, quand elle existe, c'est grâce au bouche-à-oreille surtout (38 %). Ce qui tendrait à prouver que la question n'est pas perçue comme pertinente au moment de l'internat et/ou que l'attention au problème est limitée. Mais cela n'empêche pas 98 % des internes de se prononcer sur l'intérêt des mesures citées. La connaissance des contreparties exigées est quasi nulle (7 %), mais les opinions exprimées à propos de l'exercice de groupe sont positives (94 %). La seule différence significative par rapport aux généralistes installés tient à la bonne volonté affichée par les internes : 52 % se disent prêts à s'installer dans une zone sous-médicalisée en contrepartie d'aides, et parmi eux 31 % en zone semi-rurale, 30 % en zone rurale, 20 % en zone urbaine en difficulté économique et 19 % en zone urbaine défavorisée. On retrouve la hiérarchie de notoriété spontanée des différentes zones, ou plutôt de leur image, car on ne sait rien de leur définition.

La création d'une maison médicalisée permettant la répartition des gardes en zone sous-médicalisée serait incitative pour 38 % des internes. À partir du *verbatim* de l'enquête, le rapport ajoute que « les étudiants attachent une importance significative à leur qualité de vie, notamment à leur temps libre. [...] Cela constitue un frein indéniable au projet d'installation en zone sous-médicalisée. Ils redoutent la contrainte que représentent les gardes et les astreintes dans ces zones. Ils craignent également qu'il soit difficile de s'y faire remplacer ». Mais la conclusion évoque l'attente d'aides financières.

L'enquête du CNOM (2007) est la seule qui analyse la légitimité de l'action publique. Elle apporte des résultats intéressants sur les opinions quant à la légitimité et à la nature de mesures possibles. Deux questions d'opinion sur l'action des pouvoirs publics sont précédées de l'introduction suivante : « On note une disparité territoriale en France dans la répartition des médecins avec un déficit dans les zones rurales et les banlieues. Les pouvoirs publics ont donc tenté de mettre en place des mesures pour aider les jeunes médecins à exercer dans ces zones déficitaires. » Suivent deux questions. « *Pensez-vous que les Pouvoirs publics ont raison de vouloir réduire ces disparités en incitant les jeunes médecins à s'installer dans ces zones ?* » Les réponses des étudiants et des jeunes médecins sont identiques : oui 88 %, non 11 %, NSP 1 %. L'action des pouvoirs publics pour inciter des jeunes médecins à s'installer dans des zones déficitaires semble légitime aux yeux de ceux à qui elle s'adresse. « *Pensez-vous qu'ils*

parviendront à réduire en partie ces disparités par les mesures qu'ils proposeront ? » Étudiants : oui 34 %, non 59 %, NSP 7 %. Jeunes médecins : oui 37 %, non 57 %, NSP 6 %. La capacité à réduire les « disparités » par les mesures proposées semble être mise en doute. Mais on ne sait si les mesures sont perçues comme inadéquates ou si la méthode des mesures incitatives est perçue comme non opératoire. La présentation des résultats de l'enquête ne permet pas de répondre. Le doute exprimé pour le cas général n'est pas si clairement exprimé quand les questions sont plus personnelles, où on retrouve la bonne volonté déjà mentionnée. Pour évaluer un « potentiel d'incitation » des mesures proposées, l'enquête pose la question suivante : « *Et vous, personnellement, pensez-vous que vous pourriez vous laisser convaincre de vous installer dans l'une de ces zones si les mesures proposées vous paraissaient suffisamment incitatives ?* » Étudiants : oui 58 %, non 39 %, NSP 3 %. Jeunes médecins n'exerçant ni en banlieue ni en zone rurale (308 sur 500) : oui 46 %, non 52 %, NSP 2 %. Pourtant, la même enquête indique que 79 % des médecins installés disent souhaiter rester là où ils exercent actuellement. La question semble en effet plus destinée aux étudiants qu'aux médecins déjà installés. D'autre part, il est difficile de dire précisément ce qui est mesuré. Qu'entend-on par la capacité « à se laisser convaincre » ? Quel est l'étalon qui permet de juger « suffisamment incitatives » les mesures proposées ? Et sait-on ce que l'on mesure quand on interroge sur la nature de « l'une de ces zones » ? De plus, les mesures listées après sont inégalement pertinentes selon les spécialités et les modes d'exercice des jeunes médecins, en sorte que le sens des résultats globaux est difficile à saisir. Un chirurgien ne peut se dire « personnellement convaincu » par la mise en place d'une maison de professionnels de santé. De même un étudiant tenté par un exercice salarié a peu de chance de se laisser convaincre par la mise à disposition d'un local par une municipalité.

■ ■ Les commentaires qui accompagnent la publication des résultats s'éloignent parfois de l'objet initial de l'enquête

Les enquêtes présentées ont en commun de vouloir éclairer les responsables et décideurs du système de santé. Il s'agit de faire connaître « ce que veulent les médecins » ou d'évaluer la portée de tel ou tel dispositif. Les destinataires sont tout à la fois les pouvoirs publics et les médecins généralistes ou plus largement la profession médicale. Les commentaires ne se situent pas toujours au niveau de l'analyse et proposent des interprétations parfois assez éloignées des questions posées.

Les matériaux rassemblés par les diverses enquêtes sont importants mais de qualité inégale. La présentation des résultats se limite le plus souvent à des résultats bruts par question, parfois enrichis de quelques croisements entre variables cités dans le commentaire.

Les conditions de réalisation des enquêtes ne sont pas toujours connues ou communiquées. De sorte qu'il n'est pas aisé d'apprécier la consistance des résultats. D'autant que les échantillons sont très hétérogènes en taille et en composition (étudiants, internes de spécialité, internes de médecine générale, jeunes médecins installés généralistes ou spécialistes). Dans certaines enquêtes, les résultats établis sur des sous-populations conduisent à calculer des pourcentages à partir d'effectifs limités. Dans d'autres enquêtes, l'amalgame de populations différentes produit un

effet d'homogénéisation qui limite l'intérêt des résultats du point de vue de la connaissance, mais qui donne de la force aux chiffres. Si les commentaires n'observent pas toujours les précautions nécessaires à une analyse rigoureuse, c'est que le postulat selon lequel les chiffres sont toujours significatifs est largement partagé. Par exemple, 77 % des internes interrogés dans une enquête²⁹ disent ne pas connaître les aides à l'installation, ce qui n'empêche pas 98 % d'entre eux de se prononcer sur l'intérêt de chacune des aides qui leur sont présentées. Et les conclusions de l'enquête se fondent sur ces déclarations émanant de gens ayant déclaré ne pas connaître le sujet.

Sur un même thème, la formulation des questions diffère d'une enquête à l'autre, il est rare en effet qu'une question soit reprise telle qu'elle. Dans ces conditions, la comparaison entre résultats est difficile et la capitalisation des données quasi impossible. Si les résultats peuvent être sur certains points très concordants, on note toutefois des variations non négligeables difficilement interprétables au vu des données fournies (ni systématiques ni complètes).

Les rapports d'analyse peuvent être sérieusement construits, avec des commentaires enrichis de tris, la question de fond n'en reste pas moins celle du sens des résultats. L'intitulé des questions est parfois vague, et souvent il ne renvoie pas à une expérience directe pour l'étudiant. Il s'agit donc d'opinions projectives à partir de représentations. Les résultats sont en phase avec l'air du temps et sont sans doute significatifs de préférences et d'attitudes d'étudiants en formation. Mais rien ne permet de dire que ces opinions sont prédictives de ce que sera le comportement des futurs médecins.

Le modèle électoral est sous-jacent dans de nombreux commentaires : un résultat supérieur à 50 % devient une majorité dont le point de vue s'impose. Une réalité (le secteur 2 par exemple) que 60 % des enquêtés déclarent connaître est présentée non pas comme connue, mais comme plébiscitée. Dans la logique du bulletin blanc, les non-réponses sont soit ignorées, soit éliminées pour établir les pourcentages sur la base des seuls répondants. Or on sait que quand une question suscite beaucoup de non-réponses c'est qu'elle n'est pas comprise ou pas perçue comme pertinente. D'autre part, les commentaires sont essentiellement descriptifs, sans recherche d'explication. Une préférence exprimée dans le cadre de l'enquête est projetée dans un avenir professionnel sans prendre en considération la consistance de ladite préférence ou dudit « choix ». Les glissements sémantiques conduisent à confondre souhait, approbation, projet, volonté. Si quelques tris croisés peuvent mettre en lumière des corrélations, on ne trouve pas de questionnement, par exemple sur le lien qui pourrait exister entre l'origine géographique et sociale d'un interne et sa représentation d'un lieu d'installation possible. D'une manière générale, les facteurs ayant une influence supposée sur les choix d'installation sont présentés un à un, sans que l'on sache d'où viennent les étudiants, s'ils vivent en couple (et, si oui, que fait leur partenaire), s'ils ont des charges familiales, etc. Les variables sociodémographiques et biographiques sont sous-utilisées quand elles ne sont pas ignorées.

29. Direction de la Sécurité sociale, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliope, Paris, 2006, 202 p. et synthèse de 22 p.

D'une manière générale, les variables ne sont pas articulées entre elles pour esquisser des situations, des scénarios possibles. L'approche « décontextualisée » fait que la réalité même des choix, qui relèvent en fait de compromis, est paradoxalement méconnue.

Bien sûr, ces enquêtes ne se présentent pas comme des travaux scientifiques. Mais leurs résultats sont toujours publiés comme significatifs et participent à la construction de l'installation des jeunes médecins comme problème public, sous forme de données ou d'arguments. Les précautions méthodologiques sont rapidement évacuées dans les articles de presse dont la règle est d'aller à l'essentiel. C'est que l'efficacité d'une enquête ne dépend pas de la valeur scientifique des résultats obtenus.

Pour illustrer les mécanismes à l'œuvre, on peut prendre l'exemple du traitement de l'installation comme problème privé. Les enquêtes, en effet, n'analysent pas vraiment le processus de l'installation, elles renforcent en revanche l'idée selon laquelle la question relève des médecins et de leurs arbitrages individuels, l'offre de soins est une question professionnelle qui relève des professionnels. Ce faisant, elles participent au maintien de la dépolitisation du problème. Le marché des soins s'est institutionnalisé à partir de l'idée de la santé conçue comme bien privé, dont la production et la consommation relèvent des décisions des individus, assurés sociaux et médecins (Setbon, 1996). En limitant la question de l'installation en médecine générale aux choix individuels des jeunes médecins, les enquêtes entretiennent une évidence du sens commun, à savoir que les médecins restent, en dépit des critiques, les « propriétaires » des questions de santé³⁰.

Dès lors, l'objectif des enquêtes qui sont destinées à être publiées n'est pas seulement d'informer sur les aspirations et motivations des jeunes médecins, mais aussi de mettre en lumière ce qui est jugé acceptable par eux. Les enquêtes entendent montrer ce qui est impopulaire chez les médecins, c'est-à-dire ce qui est risqué pour les politiques qui adoptent volontiers des « stratégies d'évitement des blâmes » (Hassenteufel, Pierru, 2003). L'enquête permet de construire des arguments « chiffrés » pour le débat public. Peu importe que les résultats se fondent sur des variables aux intitulés non définis, ou sur des regroupements discutables de réponses, la présentation des résultats n'en est pas moins efficace. Dans un rapport destiné au grand public, des pourcentages sont illustrés par des extraits d'entretiens. Pour bien faire comprendre le caractère « inacceptable » (parce que non accepté dit l'enquête) de différentes mesures qui pourraient être envisagées pour réguler les installations, un extrait d'entretien est apposé en rouge : « C'est à la limite des droits de l'homme. » Or 88% des répondants de cette enquête ont approuvé que les pouvoirs publics prennent des mesures en la matière.

30. Les enquêtes se cantonnent *a priori* dans l'univers cognitif médical classique. Cette remarque est importante quand on sait que le succès des réformes (en général) ou des changements est dû en grande partie à la façon dont les acteurs perçoivent la réalité. Dès lors, la transformation des représentations – ou leur maintien, au moyen d'enquêtes les confortant par exemple – devient un enjeu.

Le traitement de la question du devenir professionnel des jeunes généralistes dans quelques recherches récentes

Des travaux de recherche ont été menés sur le devenir professionnel des jeunes médecins et, plus généralement, sur leur rapport au travail. On appelle ici recherche les travaux publiés dans des revues scientifiques et/ou réalisés par des chercheurs reconnus³¹.

À la différence des enquêtes précédemment examinées, les recherches sur les aspirations des jeunes généralistes se caractérisent par l'emploi systématique, mais non exclusif, de méthodes qualitatives. Les matériaux empiriques mobilisés (statistiques, entretiens) sont d'ampleur variable, certaines recherches s'apparentent à des enquêtes exploratoires, ouvrant des perspectives à partir d'hypothèses de travail, d'autres relèvent de démonstrations scientifiquement fondées. Les contributions ici présentées rassemblent, outre les articles et chapitres publiés, des études ponctuelles réalisées sur commande (Davezies *et al.*, 2004 ; Robelet *et al.*, 2006), des recherches conduites dans le cadre d'appels d'offres nationaux (Hardy *et al.* 2001, 2005 ; Bloy, 2004 ; Lapeyre, Le Feuvre, 2005), des recherches bénéficiant de financements divers (Assurance maladie et autres) (Levasseur *et al.*, 2004).

L'entrée des jeunes médecins dans la vie professionnelle est étudiée selon plusieurs perspectives parmi lesquelles les évolutions historiques (Arliaud, 1987 ; Herzlich *et al.*, 1993 ; Paicheler, 2001), les effets de la féminisation (Le Feuvre, 2004 ; Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Hardy, 2005), la formation et ses effets (Hardy *et al.*, 2000, 2001 ; Levasseur *et al.*, 2004 ; Bloy, 2005). Les approches compréhensives, fondées sur des entretiens approfondis, abordent l'installation en médecine générale non pas comme le résultat d'un choix individuel donné mais plutôt comme un processus biographique en relation avec un environnement social. De même, la pratique professionnelle est étudiée comme un rapport au travail articulé à un modèle de genre. C'est donc dans une perspective plus générale de transformation du modèle d'exercice professionnel que les chercheurs (Hardy *et al.*, 2005 ; Lapeyre, Le Feuvre, 2005 ; Robelet *et al.*, 2006) inscrivent la question des souhaits et aspirations des jeunes médecins. Cette question n'est pas nécessairement centrale dans les recherches, elle peut avoir été traitée parmi d'autres. D'une manière générale, les processus de choix professionnels et les représentations relatives aux conditions d'exercice et de vie ont été beaucoup plus travaillés que l'intérêt porté au métier ou que le rapport au travail lui-même. Si les recherches disponibles aujourd'hui apportent des éléments de compréhension sur la question du devenir professionnel des jeunes médecins, il reste des sujets, notamment concernant les activités professionnelles, à étudier plus en profondeur.

31. Quelques partenariats entre médecins généralistes et équipes de recherche existent. La recherche en médecine générale est rare dans les thèses de médecine qui sont de surcroît de qualité méthodologique variable. On observe aussi une demande d'études provenant de certaines URML ou de l'Ordre des médecins. Voir Levasseur G. et Schweyer F.-X., « La recherche en médecine générale en France, un état des lieux », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 2001, XXXXI, n° 1, 47-80. À titre d'exemple d'étude commandée, voir Urfalino P. (dir.), Bonetti E., Bourgeois I., Hauray B. et Dalgalarondo S. (2001), rapport du Centre de sociologie des organisations pour l'URML de Poitou-Charentes.

Nous ne présentons pas l'ensemble des résultats des recherches, mais seulement la synthèse des résultats permettant d'interroger les analyses qui précèdent. L'objectif est de mettre en résonance les observations des enquêtes analysées en première partie, sans développer à nouveau tous les aspects abordés.

■ ■ Devenir généraliste, un engagement plein d'incertitudes

Les étudiants forgent leurs représentations du métier par expérience personnelle, mais aussi par contacts et identification aux représentations partagées dans la profession médicale. Toutefois, si les étudiants se conforment aux normes partagées dans leur milieu de formation, ils s'inscrivent aussi dans une perspective de l'engagement dans laquelle chaque jeune médecin procède à un ajustement entre les « normes du milieu », selon l'expression de Freidson (1984), et ses préférences et priorités personnelles. I. Baszanger (1981) a insisté sur la capacité de choix des étudiants futurs généralistes et mis en lumière le poids de facteurs extérieurs à l'institution hospitalière et pourtant déterminants dans le choix de la carrière comme les activités externes aux études et le milieu familial, les deux se conjuguant pour fonder la rationalité des choix d'orientation qui sont faits.

Les motivations évoquées pour « faire médecine » sont diverses et plus ou moins intenses (Déchamp-Le Roux, 1994). Elles peuvent être classées en plusieurs types : la « vocation », la familiarité avec la maladie amenant au désir de soin, la consécration du bon élève, la recherche d'un métier stable et lucratif. Cette dernière motivation est nouvelle par rapport à ce qui a été étudié jusqu'ici : la sécurité d'emploi est aujourd'hui citée aux côtés de l'altruisme et du soin. Plus précisément, les études de médecine assurent une rémunération stable durant une vie professionnelle qui peut supporter les aléas d'une vie familiale et privée faite de périodes d'activité plus ou moins soutenue.

LES MOTIVATIONS À FAIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE SE SONT TRANSFORMÉES RÉCEMMENT

Dans son enquête sur l'internat, A.-C. Hardy (2001) montrait que les hommes et les femmes n'abordaient pas leurs choix de la même manière. Les hommes opéraient leurs choix par identification, soit ils s'imaginaient généralistes et ne passaient pas l'internat ou acceptaient d'y échouer, soit ils passaient l'internat pour suivre le destin de tout médecin de qualité sous la pression de la conformité aux choix les plus prestigieux (partagée par les jeunes hommes des filières élitistes et pas seulement en médecine, Ferrand *et al.*, 1996). Les femmes n'abordaient pas la question de la même manière. Soit elles renonçaient à l'internat car elles ne s'en sentaient pas capables, ou qu'elles ne se sentaient pas bien dans le milieu hospitalier, soit elles ne voulaient pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles avaient du métier n'était pas compatible avec une vie de famille. Les recherches récentes ont montré que les femmes sont désormais nombreuses à « préférer » la médecine générale. Les bachelières scientifiques issues des catégories sociales les plus aisées ou disposant d'un environnement familial stimulant sont dans un contexte qui favorise leur inscription en médecine. Elles optent pour des études longues et sélectives mais elles se conforment à une tendance féminine en

s'orientant vers le secteur de la santé³² (Hardy, 2005). Par ailleurs, la féminisation de la médecine s'explique aussi par la transformation de la représentation du métier médical qui est de moins en moins perçue comme un « métier d'homme ». La médecine apparaît comme un « métier comme un autre », praticable par un homme ou une femme indifféremment et qui ne s'inscrit plus dans un modèle d'organisation familiale et domestique particulier (Hardy, 2005). L'image du métier a changé et la façon de faire de la médecine aussi (Hardy et Gadéa, 2006). La médecine est devenue un métier de femmes.

Des recherches récentes ont encore mis en avant l'indétermination de certains étudiants, faisant face à des incertitudes et des doutes qui se prolongent au cours des études (Hardy, Gadéa, 2006).

LES RECHERCHES REMETTENT EN QUESTION LE POSTULAT SELON LEQUEL UNE ORIENTATION EST CHOISIE

Contrairement à ce que suggèrent certains intitulés de questions dans les enquêtes, tout étudiant n'a pas nécessairement un projet professionnel bien élaboré. Les représentations qu'il se fait de l'exercice médical et de la médecine générale en particulier évoluent en cours de formation. Pomey et Bail (1997) illustrent la difficulté éprouvée par les étudiants pour ajuster les diverses représentations de la médecine générale dans un travail d'identification professionnelle et de définition de leur future orientation professionnelle. Les mêmes éléments (la relation médecin-malade, la diversité de l'activité) sont présentés comme aspects positifs ou au contraire retournés pour souligner une activité trop diverse ou trop routinière, des gestes techniques trop limités, un manque de respect des patients vis-à-vis de la médecine générale. À quoi s'ajoutent les contraintes d'emploi du temps, l'absence d'horaires réguliers, l'astreinte à des gardes, le caractère commercial et solitaire de l'activité libérale mais aussi des connaissances inappropriées acquises pendant les études.

Au gré des stages, des circonstances, l'éventail des possibles se précise et parfois les événements décident de l'orientation qui est prise. La distance avec le modèle hospitalier peut s'affirmer aussi. I. Baszanger (1983) a montré que l'on « s'invente » comme généraliste en consentant une rupture par rapport aux catégories hospitalo-universitaires. Ce n'est qu'après s'être installé que l'étudiant s'approprie son engagement et en général valorise sa position.

L'orientation vers la médecine générale se précise au cours d'un processus décisionnel fait d'ajustements progressifs

Cette observation apparemment banale attire l'attention sur deux points. Le premier est que le contexte de la décision, c'est-à-dire le processus de formation et son environnement, a une grande importance. G. Levasseur et F.-X. Schweyer (2004) ont observé que la médecine générale est mieux considérée par les enseignants du CHU de Brest que par leurs confrères de Rennes. A.-C. Hardy et C. Gadéa (2006) ont fait la même observation, mais pour les étudiants. Ceux de Nantes ou ceux de

32. Les bacheliers scientifiques ne s'orientent pas vers les mêmes formations selon leur genre : les hommes sont plus nombreux à choisir les concours aux grandes écoles et les IUT alors que les femmes s'orientent en nombre vers les métiers de la santé.

Saint-Antoine (CHU parisien) ne partagent pas les mêmes représentations de la médecine générale (et de sa valeur symbolique). G. Bloy (2004) a étudié comment les étudiants vivant l'expérience du stage chez le praticien ajustent leurs représentations. Le second point est que la décision de faire telle ou telle médecine se prend en fonction d'un mode de vie espéré. Or les étudiants perçoivent désormais la médecine générale comme une activité qui rend compatible la vie de travail et la vie familiale (Hardy, 2005). De ce point de vue, la médecine générale n'est pas déqualifiée par rapport à d'autres disciplines. Elle ne constitue pas non plus un tout homogène car le niveau de compatibilité avec les activités extraprofessionnelles dépend largement du lieu et des modalités d'exercice. C'est pourquoi l'association de la médecine générale et de l'exercice libéral ne va plus de soi, car ce dernier présente des contraintes jugées parfois peu compatibles avec le style de vie espéré (Levasseur, Schweyer, 2004).

Des choix en partie contingents

Les internes expliquent leur orientation vers la médecine générale en évoquant divers facteurs, qui se situent à différents horizons temporels et participent, de façon conjuguée ou non, à l'orientation vers la médecine générale. On peut citer les suivants :

- La contingence plus que la motivation : certains étudiants ont attendu « un déclic » pour savoir ; pour d'autres, la médecine générale offre la possibilité d'une réorientation éventuelle (spécialisation plus ou moins informelle), une forme de non-engagement définitif.
- Choisir de ne pas travailler à l'hôpital : le choix de la médecine générale est en partie un choix de conditions de travail. La motivation est présentée à partir de ce que l'on ne veut pas faire. Les internes qui ne se plaisent pas à l'hôpital ou qui y ont vécu de mauvaises expériences aspirent à un exercice autonome en libéral. Certains étudiants qui n'ont connu que le CHU découvrent sur le tard (à l'occasion de stages) des hôpitaux plus « conviviaux », plus humains où il ne leur aurait pas déplu de travailler.
- Choisir à l'aveugle : la représentation de la médecine générale souvent floue, partielle, fluctuante aussi, n'aide pas les internes à choisir et surtout à argumenter leurs choix parmi leurs pairs. L'orientation se dessine progressivement à partir des expériences de stages, essentiellement hospitaliers, et les internes motivés pour la médecine générale disent leur difficulté à justifier leur choix, la méconnaissance de la médecine générale les empêchant de formuler un choix argumenté.
- Second choix et choix à contre-courant : la plupart des internes interrogés sont entrés en 3^e cycle quand l'internat existait encore. Quelques-uns ont évoqué leur échec à l'internat (leur classement ne leur permettant pas d'obtenir la spécialité souhaitée) pour expliquer le choix du résidanat. Contrairement à une image souvent véhiculée, cette situation est minoritaire (Levasseur *et al.*, 2004). En revanche, des étudiants déclarent n'avoir pas été suffisamment motivés pour une spécialité ou avoir déjà des charges familiales pour pouvoir consentir l'épreuve de l'internat. Dans d'autres cas, le mauvais souvenir de la première année peut conduire à ajuster ses ambitions à ses possibilités objectives. D'autres internes encore revendiquent leur choix mais soulignent la difficulté de choisir à contre-courant.

On retrouve chez les jeunes médecins installés les mêmes attitudes que celles observées auprès des internes. Au cours de leurs études, les spécialités ont pu leur paraître très prenantes, à la fois par la préparation de l'internat et aussi par le mode d'exercice imaginé, particulièrement chez les jeunes femmes étudiantes qui avaient déjà des enfants. Les choix se dessinent en fonction de la représentation que l'on se fait de la charge de travail future, représentation plus ou moins fondée d'ailleurs. Les jeunes actifs confirment également que, étudiants, ils n'avaient pas nécessairement un projet professionnel, mais qu'au gré des expériences et des circonstances ils ont pris des décisions qui sont devenues leur choix professionnel.

LES EFFETS DE L'ORIGINE SOCIALE DES MÉDECINS SONT INSUFFISAMMENT ÉTUDIÉS

L'origine sociale et familiale est rarement mobilisée pour étudier le processus d'installation, alors que les quelques résultats dont on dispose montrent que seuls les internes issus du milieu rural choisissent réellement l'exercice en milieu rural.

La forte sélection sociale des études médicales...

On sait que les étudiants en médecine sont très majoritairement issus des classes supérieures. L'accès aux études médicales donne lieu à une sélection sociale qui joue de façon stable dans le temps (Labarthe, Hérault, 2003) et qui, par ailleurs, s'accroît à mesure de l'avancée dans le parcours de formation. Les étudiants en médecine ont été de bons élèves au lycée et presque tous ont passé un bac de série S. Une enquête conduite à la faculté de Rennes montre que 56 % des inscrits en première année de médecine ont obtenu une mention au bac. La proportion passe à 89 % en PCEM2 (Levasseur, Schweyer, 2004). Au niveau national, les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures sont très majoritaires (59 %) alors que les enfants d'agriculteurs sont les moins représentés, de 1 à 2 % selon les années considérées. L'origine sociale des étudiants est variable d'une faculté à l'autre, la mixité sociale étant plus grande dans les facultés hors des très grands centres urbains. A.-C. Hardy (2005) a même formulé l'hypothèse selon laquelle la féminisation des facultés de médecine est significative d'une forme « nouvelle » de répartition sexuelle des professions, reflet d'une division du travail remaniée dans les catégories sociales supérieures.

... et ses effets

L'origine sociale a un effet sur les choix opérés en matière d'orientation professionnelle (spécialité *versus* généraliste) et les lieux d'exercice. Dans leur majorité, les fils et filles de médecins se détournent de la médecine générale en cherchant des voies d'excellence sous la pression parentale. Au contraire, les étudiants de classe moyenne ou populaire sont plus nombreux à se diriger vers la médecine générale, qui représente une ascension sociale (Hardy, Gadéa, 2006). La réflexion sur la formation médicale et ses effets gagnerait peut-être à ne pas se limiter aux contenus pédagogiques.

Comme l'ont montré les enquêtes d'opinion, l'idée d'exercer en milieu rural est très peu partagée parmi les internes en médecine générale. Et ceux qui se disent prêts à exercer à la campagne sont issus du milieu rural, ils ont vécu à la campagne. (Levasseur, Schweyer, 2004; Hardy, Gadéa, 2006). Les chances objectives de réussite

au concours sont relativement faibles pour ce type d'étudiant. Ce que montrent explicitement les enquêtes citées, c'est que l'élargissement du recrutement médical permettrait sans doute de résoudre en partie les tensions liées à la répartition démographique des médecins selon les territoires. La forte sélection sociale des études médicales produit des effets rarement évoqués et donc sous-estimés dans ce qui est appelé la désertification médicale du milieu rural.

■ ■ C'est au cours des études que les étudiants se forgent leurs représentations de la médecine générale

La représentation spontanée de la médecine générale se forge d'abord au sein du milieu familial et social d'origine, et pour certains au contact du médecin de famille dont l'image n'est pas toujours positive. Si certains parlent d'admiration ou de personnalités les ayant marqués, d'autres gardent un souvenir critique voire négatif de leur médecin généraliste. L'image sociale de la médecine générale n'est pas systématiquement positive et on aurait tort de croire que la formation en CHU seule, en construit une image dévalorisée. Mais elle l'entretient et la reproduit.

La formation hospitalière laisse souvent dans l'ombre la médecine générale en sorte que ce sont les premiers contacts professionnels avec un généraliste qui donnent à l'étudiant les informations concrètes de nature à étayer un jugement. De ce point de vue, les stages sont importants sans être déterminants, car c'est bien lors des remplacements que la représentation du métier se cristallise et fonde la justification du choix de la médecine générale.

Le milieu de formation génère une représentation tronquée de la médecine générale

Les premier et deuxième cycles des études médicales se déroulent exclusivement en CHU. La médecine générale y est très peu évoquée et, quand elle l'est, c'est souvent par ses limites. Au cours des premières années surtout, le « triomphe de la spécialité » est un effet de la formation (Hardy, Gadéa, 2006). L'omnipratique serait moins intéressante, le généraliste manquerait d'ambition. Peu à peu, certains étudiants développent des stratégies de revalorisation de la médecine générale (cette « spécialité du tout ») pour justifier leur orientation

Quelques facultés organisent dès la deuxième année des demi-journées chez un généraliste, ainsi qu'un bref stage facultatif en médecine générale à l'entrée dans le 2^e cycle. L'étudiant est en quête d'éléments concrets pour situer l'activité du médecin généraliste. Il n'évalue pas les aspects proprement médicaux qui échappent encore à ses compétences, en revanche, il observe les outils de travail, les contacts, la variété des activités. La médecine générale prend corps dans son esprit et, si les éléments observés ont une connotation positive, elle s'inscrit alors dans le champ d'une possible activité professionnelle. Le premier stage chez le généraliste laisse une impression favorable à plus d'un étudiant sur deux (56 %) qui dit apprécier la découverte des aspects relationnels du métier et la diversité des pathologies. À l'inverse, pour 26 % des étudiants, le projet professionnel en médecine générale se dessine en négatif du fait essentiellement du caractère répétitif et rapide des actes (Levasseur, Schweyer, 2004).

Beaucoup de jeunes généralistes installés disent avoir été sinon mal formés, du moins de façon incomplète. Le manque ressenti n'est pas tant de l'ordre des lacunes de connaissances que de l'ignorance d'un mode de pratique. L'entreprise médicale, sa gestion et son administration sont largement méconnues ; par ailleurs, la part de l'expérience, de l'acquisition d'une compétence par la pratique échappe à l'université. La formation peut être aussi critiquée, en particulier du fait du peu d'autonomie laissée aux étudiants. Le choix de la pratique libérale est souvent motivé par une aspiration à être autonome, à ne plus avoir de chef, au prix de l'inconfort né de l'absence du « filet protecteur » de l'équipe hospitalière.

LES PREMIÈRES FIGURES D'IDENTIFICATION : LE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

Le stage chez le praticien peut être considéré comme un moment important dans la socialisation des étudiants : certains en sortent confortés dans leur décision de « faire médecine générale », pour d'autres, le stage permet de justifier le refus de la pratique libérale quand il ne joue pas un rôle de repoussoir. L'analyse des évaluations de stage faites de 2001 à 2003 à Rennes montre une satisfaction des internes sur la qualité de la formation (54 %), l'accueil et la relation avec le maître de stage (50 %), l'autonomie (18 %), la relation médecin-patient (15 %). Les aspects négatifs sont le manque d'intérêt (30 %), l'absence d'autonomie (23 %) ou de formation (20 %). À l'issue du stage, 15 % des résidents déclarent souhaiter s'installer aussi rapidement que possible et 34 % souhaitent « faire autre chose » sans que l'on sache quoi. Quel que soit le projet professionnel envisagé, 93 % souhaitent réfléchir avant de faire un choix (type d'activité, lieu et mode d'installation, etc.) (Levasseur *et al.*, 2004).

Dans son analyse qualitative du stage chez le praticien, G. Bloy (2005) montre que le contact avec les cabinets de médecine générale produit des effets contrastés. Le stage confirme certains étudiants dans leur volonté de se détourner de la médecine générale, tandis qu'il offre à d'autres une possibilité de découvrir une « expérience » qui n'est pas immédiatement qualifiable. Car il s'agit aussi bien d'une mise en pratique de savoirs médicaux que d'une relation au patient et au temps, qui n'est pas celle de l'hôpital. La relation au patient fait place à l'environnement social, psychologique et familial tandis que la relation au temps est à la fois celle du temps long de la prise en charge et du temps court de la consultation qui demande une réflexion en direct à partir des éléments hétérogènes apportés par les patients qui se succèdent. Ainsi les étudiants font-ils l'expérience d'un positionnement pas toujours confortable où le médecin doit composer à la fois avec les recommandations, ce qu'il connaît des patients, ses intuitions et le contexte de l'exercice de la médecine libérale avec ses moyens et ses contraintes.

L'impact du stage sur les projets des jeunes médecins est contrasté

La mise en place du stage chez le praticien a été justifiée par l'idée que six mois passés dans de bonnes conditions auprès d'un généraliste devait permettre aux étudiants de mieux appréhender un exercice méconnu ou disqualifié et ainsi de confirmer ou de faire naître des vocations. G. Bloy a montré que le bilan du stage ne pouvait être que très provisoire car les projets professionnels des jeunes médecins sont rarement arrêtés au terme de leur cursus. « C'est plutôt une nouvelle période de transition et d'expérimentation qui s'ouvre donc à l'issue du troisième cycle de

médecine générale, le stage chez le praticien ne provoquant pas d'accélération des débuts de carrière. » La période allant de la fin des études à l'installation ou l'engagement à durée indéterminée est qualifiée d'« âge des possibles ».

Le stage chez le praticien apparaît incontestablement formateur et ce constat est indépendant des aspirations personnelles des étudiants. Concernant l'engagement dans une carrière de généraliste, le bilan est contrasté et conduit à distinguer plusieurs types de publics. Les étudiants acquis à l'idée d'exercer la médecine générale vivent le stage comme une confirmation plus que comme une révélation. Toutefois, ils ne semblent pas pressés de s'installer et envisagent d'enchaîner remplacements et vacations avant de se stabiliser. D'autres résidents prennent une certaine distance par rapport à la médecine générale, telle qu'elle est enseignée par les généralistes. Certains sont convaincus par une médecine générale dont la pratique et le cadre relationnel les intéressent, mais restent réservés par rapport à un éventuel exercice libéral. Cette population, plus féminine, est attirée par le salariat, au moins partiel. D'autres résidents se destinent à exercer dans des services d'urgence car ils apprécient la pratique en milieu hospitalier, plus stimulante et exigeante à leurs yeux. Enfin, une dernière catégorie est constituée par les résidents qui envisagent un mode d'exercice particulier, une forme de spécialité jugée plus confortable ou plus compatible avec le mode de vie auquel ils aspirent.

G. Bloy met aussi en lumière une forme de tension intergénérationnelle. La revendication d'autonomie et de diversité des projets dont sont porteurs les étudiants se heurterait à la conception de l'exercice portée par les généralistes enseignants, ou du moins à la formalisation unifiante qu'ils essayent d'en donner. Le stage permet de découvrir la pratique de la médecine générale mais aussi la réalité de l'exercice libéral, et c'est bien l'articulation entre les deux qui est souvent questionnée. Quand les étudiants soulignent ce que sont à leurs yeux les bons côtés de la médecine générale, ils citent la diversité, une certaine liberté, des réorientations de carrière possible et surtout la compatibilité avec la vie personnelle (Levasseur, Schweyer, 2004 ; Hardy, 2005 ; Robelet *et al.*, 2006).

■ ■ Les remplacements pour mûrir son choix

Tout se passe comme si l'avenir professionnel n'était pas balisé : aucune évidence ne s'impose. Par exemple, l'installation en libéral n'est qu'une alternative parmi d'autres, ce n'est pas la voie obligée du généraliste à qui s'offrent différents métiers. Et peut-être est-ce là une originalité de la période présente : l'hôpital est demandeur de généralistes dans les services d'urgence, de gériatrie, de médecine interne ou de psychiatrie. Les enquêtes mettent en lumière des cas de jeunes généralistes embauchés par des établissements hospitaliers avec une rémunération de praticien hospitalier non débutant.

L'engagement dans une activité fait-il peur ?

S'installer aurait un côté implicitement irréversible qui demanderait de « mûrir son choix » avant de décider. Robelet *et al.* (2006) ont noté aussi que les jeunes médecins insistent presque tous sur leur volonté de ne pas « se fermer des portes », ils craignent que les premiers choix ne les enferment sans qu'ils ne puissent en changer. D'autant

que, pour certains, le choix de la médecine générale est toujours hésitant. Les incertitudes inhérentes aux mécanismes de sélection et au parcours de formation ont un effet neutralisant sur la capacité des futurs médecins à s'investir dans une voie, comme pour se prémunir de déceptions trop amères (Hardy, Gadéa, 2006).

On peut penser que les résidents cherchent à mieux cerner les critères sur lesquels ils vont décider. Le ressenti de la nécessité d'un apprentissage complémentaire, d'une forme de « rodage » professionnel peut expliquer le choix d'une période de remplacements. Le remplacement représente la période transitoire qui allie activité professionnelle sans engagement et possibilité de migration et qui permet de gagner sa vie sans avoir à investir tout de suite.

L'installation comme projet à très court terme est rare, elle est plutôt imaginée pour plus tard, et même avec hésitation. Car l'installation a une image d'entrave au mouvement, de risque d'enracinement prématuré. Or beaucoup de jeunes médecins veulent d'abord s'engager dans une vie de couple avant de se sédentariser. Le « lancement » de la vie privée semble déterminant comme premier choix.

Les remplacements sont avant tout une période de transition entre un statut d'étudiant et une installation dans la vie

Les jeunes médecins cherchent à ajuster une vie de couple, des préférences quant au mode de vie espéré (avec ou sans enfants) et une activité professionnelle. Deux remarques s'imposent. On constate dans les discours une attitude un peu distanciée par rapport à l'exercice médical qui n'est pas limité à la mission sociale du médecin mais relié très directement à l'épanouissement personnel. Cette attitude est souvent interprétée par des médecins généralistes seniors comme une forme de désinvestissement par rapport au travail, ce que les enquêtes ne confirment pas vraiment. Il est patent que le rapport au travail a changé, que la conception du « métier médical » a évolué, et pas seulement chez les généralistes (Schweyer, 2003 ; Hardy, 2005). Si le souci des jeunes médecins de mieux maîtriser leur temps de travail et son organisation est démontré, la question de leur investissement dans les activités de travail reste à étudier finement. La seconde remarque a trait au choix du mode d'activité qui n'est pas toujours un choix personnel, mais souvent au contraire un choix de couple. Et la hiérarchie des critères de choix s'en trouve affectée : le niveau de revenu est relativisé alors que le temps disponible souhaité est très valorisé. Nous reviendrons sur ce point essentiel.

Les trois natures des remplacements

On peut analyser les remplacements effectués par les jeunes médecins généralistes sous trois angles (Levasseur, Schweyer, 2004).

- Un complément de formation. Les jeunes médecins généralistes ont le sentiment d'apprendre la démarche de médecine générale par leurs premières expériences. Les formes pathologiques sans gravité qu'ils ont à traiter sont pour eux nouvelles ; la posture de soin est celle de l'approche globale, avec une part psychosociale qu'ils découvrent ; la dimension relationnelle de l'écoute, de l'empathie leur est connue en théorie, mais ils apprennent à la mettre en acte. Les remplacements permettent aux jeunes actifs d'exercer leurs responsabilités sans se sentir trop engagés. Ils se rassurent en pensant que le suivi sera assuré par leur confrère mais, au début, l'anxiété est bien là.

- Se faire une idée du métier. Les jeunes médecins évaluent les styles de pratique, les modes d'organisation, les profils de clientèle. Ils se forgent des critères de préférence, vérifient le bien-fondé des idées qu'ils avaient et se préparent à décider de leur mode d'exercice. Sans empressement (sauf à avoir une opportunité qui précipite la décision) et même parfois avec réticence s'il s'agit de s'engager durablement.
- Démarrer sa vie familiale. Les remplacements présentent cet avantage unique de laisser au jeune médecin l'initiative de son emploi du temps. L'insécurité associée à cette liberté est très relative car la demande de remplaçants existe et les revenus sont pour ainsi dire assurés. Le remplacement est aussi une solution d'attente en cas d'incertitude quant à l'emploi du conjoint qui finit ses études ou qui attend une mutation.

Il existe un quatrième cas de figure où le remplacement devient une forme « stabilisée » d'exercice. De jeunes médecins remplaçants déclarent ne pas avoir pour perspective de s'installer. Ce qui ne signifie pas qu'ils ne s'installeront jamais, mais qu'ils vivent le remplacement comme une forme d'exercice à part entière³³.

Les contrats hospitaliers ne diffèrent guère des remplacements vus sous l'angle d'une période de transition. Car il s'agit souvent de prolongements de stages ou d'une recherche active de formation par l'expérience. En revanche, et c'est peut-être là leur spécificité, ils traduisent souvent une hésitation plus grande par rapport à l'exercice libéral de la médecine générale. Toutefois, ces occupations transitoires sont souvent issues d'opportunités saisies par des débutants ouverts aux expériences.

■ ■ L'installation ou la recherche d'un bon compromis

L'installation en médecine générale ne représente pas exactement l'entrée dans la vie professionnelle, les débuts de la vie active des médecins sont constitués de remplacements et/ou de contrats d'attaché hospitalier. En sorte que l'installation proprement dite traduit plus un choix de mode d'exercice qu'un début de carrière.

L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU MODÈLE PROFESSIONNEL

Le temps libre semble plus précieux que l'argent ; le but de beaucoup de jeunes médecins est d'avoir un revenu « correct » mais sans chercher à l'augmenter. Lapeyre et Le Feuvre (2005) ont montré qu'il s'agit là de l'expression d'un nouvel *ethos* professionnel. Le modèle traditionnel, celui de la disponibilité des médecins à leurs patients, faisait des hommes médecins les pourvoyeurs principaux de revenus de leurs épouses et enfants. Les durées de travail longues, les horaires atypiques avaient pour contrepartie des revenus et un statut social élevés. Ce modèle est centré sur la maximisation des revenus (multiplication des consultations et des actes les mieux rémunérés) et repose sur la division sexuelle du travail des conjoints. La transformation du référentiel d'organisation du travail auquel on assiste aujourd'hui tient moins à l'augmentation du nombre de femmes qu'à la transformation du rapport au travail des

33. On rencontre aussi quelques cas de médecins installés qui abandonnent leur cabinet pour devenir remplaçant.

femmes des hommes médecins. Le modèle des couples de double actif a affaibli la priorité donnée à la maximisation des gains et le modèle de la disponibilité permanente des hommes vis-à-vis de l'activité professionnelle. Ces derniers sont de plus en plus concernés par l'articulation des temps et des rôles sociaux.

LA DÉCISION D'INSTALLATION

Le moment où se décide l'installation semble motivé par la lassitude, quand les remplacements d'abord jugés adaptés et confortables ne répondent plus aux aspirations professionnelles. Les déplacements deviennent pesants, l'absence de suivi des patients est source d'insatisfaction, les changements de rythme sont perçus comme de plus en plus contraignants (Levasseur, Schweyer, 2004). L'opportunité d'une offre peut se présenter. Un remplaçant apprécié peut se faire coopter dans le cabinet où il a travaillé. D'autres peuvent reprendre une clientèle avec ou sans rachat de présentation de clientèle.

Les installations ne sont pas toutes des primo-installations. 12 % des installations recensées en Bretagne de 1999 à 2004 sont des secondes carrières. Médecins militaires retraités qui cherchent une seconde carrière, ou autres médecins qui désirent « repartir à zéro » quand, sous le poids des activités, par crainte de problèmes de santé personnels, à la suite de problèmes familiaux, par lassitude aussi, ils décident de rompre leur quotidien et de recommencer autre chose. Ces médecins choisissent préférentiellement le milieu rural, qui représente comme une rupture symbolique. On compte parmi eux quelques étrangers³⁴.

LE CHOIX D'UN MODE D'EXERCICE LIBÉRAL TRADUIT UNE VOLONTÉ DE LIBERTÉ ET D'AUTONOMIE

Les arguments mis en avant pour justifier la décision d'installation sont la volonté d'être indépendant (en opposition souvent avec le mode d'exercice hospitalier), la diversité du métier de généraliste, l'envie de se ménager du temps, avec l'idée que le médecin libéral peut réguler sa charge de travail. Mais les discours laissent entendre que le salariat n'est pas sans attrait dans ce qu'il représente au plan des conditions de travail et du spectre élargi d'activités possibles. L'attachement au caractère libéral de la profession peut être, chez certains jeunes médecins, vivace. Plus généralement, le mode d'exercice et l'identité professionnelle sont conjugués dans une conception de la « liberté » dont les attributs sont variables (Robelet, 2003).

Le souhait de concilier l'activité professionnelle et la vie privée

Comme on l'a vu dans l'analyse des enquêtes d'opinion et des recherches, la volonté d'organiser son temps de travail et de rompre avec la norme de la disponibilité continue est fortement exprimée par les jeunes médecins. Elle se traduit par le souhait de travailler à temps partiel, bien que l'expression « temps partiel » ne soit pas systématiquement employée. La norme d'un jour non travaillé par semaine est largement partagée. Cette conception du travail provoque des tensions avec les médecins déjà installés qui renvoient aux jeunes l'image de gens qui ne veulent plus

34. Le rapport Descours, 2003, mentionne le cas de médecins belges venus s'installer en zone rurale en Basse-Normandie.

travailler. Mais ces derniers entendent travailler autrement, pour pouvoir « vivre à côté ». Dans le cas de jeunes femmes vivant en couple avec une répartition sexuée des rôles traditionnelle (l'homme ayant l'activité jugée principale), l'exercice peut être considéré comme un travail d'appoint (Le Feuvre, 2004 ; Hardy, 2006).

Il ne faut pas sous-estimer l'attrait qu'exerce le salariat au cours de l'orientation professionnelle, et même auprès de jeunes installés tout en début de carrière. La différence de revenu entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier est perçue comme s'amoinsissant, alors que le temps de travail hospitalier est moindre, dit-on, qu'en médecine libérale. Un statut de praticien hospitalier devient un compromis envisageable, surtout si les premières expériences libérales n'ont pas été concluantes. Sur un autre plan, le paiement à l'acte exclusif semble incompatible avec une réelle activité de santé publique, et dans le discours de certains le salariat est envisagé comme une alternative pour une pratique plus équilibrée. On le voit, la médecine générale n'est plus appréhendée par les étudiants et les jeunes médecins comme une profession canonique, dont l'image sociale est celle d'une profession libérale de notable. Les perspectives professionnelles envisagées sont diverses parce que les aspirations sont variées.

■ ■ Le lieu et l'environnement de l'installation, un choix multifactoriel

Le choix du lieu d'exercice est un choix multifactoriel. On ne peut opposer le rural et l'urbain tels quels. Une zone rurale touristique est plus attrayante qu'une zone urbaine déshéritée. Pour leurs choix, les médecins nouvellement installés disent avoir évalué (de façon plus ou moins approfondie) l'environnement de travail : la clientèle et la charge de travail prévisible, le système de gardes et leur fréquence, la qualité de vie au sens général du terme.

Le parcours de formation des médecins est long, plein d'incertitudes et donne aux étudiants l'impression de devoir s'adapter sans vraiment être maîtres de leurs choix. L'instauration des ECN va contraindre les étudiants à une mobilité pour certains choix de spécialité. De ce point de vue, la liberté du lieu d'exercice apparaît comme un des derniers espaces de choix réel qui reste aux jeunes médecins (Hardy, Gadéa, 2006).

Des incitations non incitatives

À propos des incitations à l'installation en milieu rural, on retrouve les résultats des enquêtes déjà présentées. Les incitations financières à l'installation en milieu rural sont accueillies avec scepticisme ou distance, elles ne sont pas considérées comme un critère à prendre en compte. Les résidents doutent de leur effet et clairement ne se sentent pas concernés. En effet, la question de l'installation des jeunes médecins n'est que partiellement une question médicale, elle renvoie à l'évolution des modes de vie et aux problèmes d'aménagement du territoire.

Mais, pour autant, l'objectif poursuivi semble légitime, de même qu'une action des pouvoirs publics. Quelques internes par exemple évoquent les pharmaciens et ne rejettent pas *a priori* une mesure de régulation (Levasseur et Schweyer, 2004).

UN CHOIX DE COUPLE

C'est un des effets de la féminisation de la profession que d'envisager la pratique médicale en fonction d'une double carrière de mère et de médecin (Robelet *et al.*,

2006). Mais il serait erroné d'opposer sur ce point les jeunes médecins selon le genre. En effet, il semble bien que ce qui passe pour être le « modèle féminin » s'impose parmi les jeunes générations (Hardy, 2005).

Le choix du lieu d'installation est rarement un choix individuel, mais le plus souvent un choix de couple. Il s'agit de combiner deux projets professionnels dans une même aire géographique. Les concessions faites par l'un ou l'autre des partenaires sont variables en intensité et en nature. La nouveauté vient du comportement des femmes. Les modèles théoriques proposés par N. Le Feuvre (2001) permettent de comprendre que l'on peut être femme et médecin de maintes façons et que les notions de « masculinité » ou « féminité » ne suffisent pas pour éclairer les logiques sociales qui sous-tendent les pratiques des femmes et des hommes médecins. Le sens que les femmes médecins attribuent à leur investissement simultané dans une activité médicale et dans une vie personnelle, domestique et familiale, varie selon qu'elles s'inscrivent dans un schéma de reproduction ou de transformation du genre. Dans une perspective de reproduction de genre (la « féminitude »), l'action a pour logique l'intégration normative d'une différenciation sexuelle des rôles et conduit à une expérience de dépendance par rapport au conjoint. L'activité professionnelle et la carrière du conjoint seront privilégiées tandis que le choix d'activité de la conjointe sera conduit par un souci d'adaptation, souvent en référence au modèle du travail d'appoint, du deuxième salaire. La référence de l'activité professionnelle féminine peut être celle de la « virilité », avec une logique d'action privilégiant le « jeu » stratégique, l'engagement et parfois la transgression des normes. Il s'agit de faire carrière et de se conformer au modèle masculin. Des revenus assez élevés peuvent permettre de financer des aides domestiques et ainsi d'assumer les rôles conjugaux avec un fort investissement professionnel. Dans d'autres cas d'hétérogamie (quand le conjoint a une activité professionnelle inférieure), les rôles peuvent s'inverser et la femme peut devenir le pourvoyeur principal (voire exclusif) de revenu. Il existe un troisième modèle théorique, celui de transformation/dépassement du genre qui se caractérise par l'autonomie et la distanciation par rapport aux normes professionnelles. La mise en œuvre d'une telle logique suppose la rencontre d'autres acteurs (notamment des hommes) dont les logiques d'action tendent également vers un dépassement des principes de différenciation/hiérarchisation des sexes. Les expériences concrètes ne se limitent pas strictement à ces modèles mais ces derniers permettent de comprendre la complexité des arbitrages effectués au sein des couples et plus généralement les effets divers de la féminisation de la profession médicale.

LA QUALITÉ DE LA VIE INTÈGRE LE TRAVAIL

La décision d'installation, on l'a dit, relève moins d'un choix proprement dit que d'un compromis, d'une forme d'arbitrage entre différents facteurs, au premier rang desquels se trouve dans les discours la qualité de la vie. Les commentaires des résultats des enquêtes d'opinion montrent la dimension multifactorielle des décisions, mais en mettant l'accent sur la vie privée, les loisirs, le temps libre. Les recherches confirment ces observations, toutefois l'analyse des entretiens conduit à des interprétations plus nuancées. Les jeunes médecins enquêtés disent prendre en compte dans leurs choix l'environnement écologique, l'accès aux services économiques, cultu-

rels et sociaux. Ils insistent aussi sur la possibilité de partager la charge de travail ou encore sur celle de séparer le lieu d'exercice du lieu de vie, les médecins ayant un « métier comme un autre » (Schweyer, 2003 ; Hardy, 2005). Le modèle vocationnel et artisanal à la fois, qui voulait que le médecin se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison, semble révolu en tant que référence.

Le souhait d'une organisation du travail maîtrisée

Les observations statistiques mettent en lumière l'augmentation tendancielle de la durée de travail des médecins et ce en dépit d'une féminisation croissante du corps médical (Berland *et al.*, 2004). La dernière décennie montre aussi une tendance au rapprochement du temps de travail des hommes et des femmes médecins (Lapeyre, Le Feuvre, 2005). Si ce « rattrapage » se poursuit, l'égalisation de l'activité des hommes et des femmes généralistes pourrait être atteinte en 2025 (Niel, 2002). Il semble que la volonté de circonscrire sa charge de travail soit un modèle de couple de doubles actifs. Ce qui peut être perçu par les générations précédentes comme un malthusianisme de l'activité professionnelle.

La gestion du calendrier reproductif n'a pas été, à notre connaissance, systématiquement étudiée en ce qui concerne les médecins. A.-C. Hardy a montré que les femmes s'engagent dans la profession médicale « pour la vie », il convient donc de replacer les discours et les comportements de début de carrière dans une trajectoire d'ensemble. Autrement dit, le modèle d'activité en début de carrière ne peut pas être tenu comme prédictif du comportement futur des médecins. D'une part, le cadre d'analyse des expériences sociales des femmes travaillant dans des professions d'élites, proposé par N. Le Feuvre (2001), explique que la priorité donnée à la sphère familiale et domestique peut être très variable d'une femme à une autre, sans doute plus fort dans un modèle de « féminitude » (reproduction du genre), plus variable ou limité dans un modèle de « virilité » ou de « dépassement du genre ». D'autre part, l'investissement consenti à la reproduction, qui peut être important en début de carrière, ne peut être tenu comme un modèle définitif de rapport au travail. Il n'est pas impossible que la transformation du modèle professionnel médical, parce qu'elle se manifeste surtout, mais pas seulement, dans les jeunes générations, soit perçue de façon biaisée. Plus précisément, les comportements observés chez les jeunes médecins traduisent à la fois une transformation des pratiques professionnelles et des comportements liés au calendrier reproductif caractérisés par un investissement plus ou moins fort dans la sphère familiale, mais qui ne sera sans doute pas prolongé chez tous. De sorte qu'il paraît hasardeux d'en tirer des conclusions de nature prospective.

La poly-activité (gardes, régulation SAMU) permet à certains de compenser les difficultés à construire une clientèle par suite d'un choix d'installation en milieu urbain. La question des remplaçants, plus ou moins faciles à trouver, est aussi évoquée comme un élément pris en compte pour choisir un lieu d'installation. Le milieu rural est spontanément perçu comme impliquant une charge de travail plus lourde à cause de la permanence des soins à assurer et aussi de la solitude des médecins. Toutefois, les points de vue des médecins installés peuvent être contrastés au sujet de la charge de travail en milieu rural, ce qui souligne que le volume de l'activité n'est pas seul à prendre en compte, il y a aussi la charge mentale.

La charge mentale du travail de généraliste

Les discours sur la durée et la charge de travail (par définition lourde) traduisent des difficultés souvent perçues dès les stages chez le praticien, et qui participent de ce que nous venons d'appeler la charge mentale. Ces difficultés rarement explicitées dans les discours des médecins sont liées pour partie aux conditions de travail et pour partie aux activités mêmes des médecins généralistes. On peut citer par exemple la fragmentation de l'activité (Sarradon, 2008), les interruptions nombreuses, l'absence de « temps pour soi » programmé, la difficulté à maîtriser le temps, etc. (Davezies *et al.*, 2004). La charge mentale du travail est importante. Elle est liée à des formes de dépendance : organisation de l'activité rendue difficile à cause des comportements de la clientèle subis (qui préfère les rendez-vous en fin de journée après les sorties de crèche par exemple) ou efforts déployés pour contacter un confrère hospitalier qu'il aura fallu rappeler plusieurs fois. Le travail émotionnel (Drulhe, 2000) est plus rarement évoqué, bien qu'il nécessite une grande mobilisation de soi. Les étudiants découvrent des formes d'émotion nouvelles lors des premiers contacts avec l'exercice concret de la médecine générale auquel l'exercice hospitalier ne prépare pas vraiment. C'est pourquoi elles sont perçues comme une spécificité du travail du généraliste.

Travailler en groupe ou seul ?

Quelques jeunes médecins expriment leur souhait d'être seul. Par souci d'autonomie (exprimé comme volonté d'indépendance), ils peuvent s'installer seul quand les modalités d'un cabinet de groupe leur paraissent trop contraignantes par exemple. S'installer seul n'est pas toujours un choix. Quelques jeunes médecins s'y résignent sans l'avoir réellement désiré, quand d'autres préfèrent être seuls pour être indépendants, autonomes, ne dépendre de personne. C'est le cas de beaucoup d'installés en seconde carrière mais aussi de quelques jeunes médecins en début de carrière. Exercer seul peut traduire aussi le refus d'un style de médecine imposé par des associés, le rejet de toute inféodation.

Pour un plus grand nombre, l'exercice en cabinet de groupe est perçu comme un moyen d'avoir des conditions de travail permettant de préserver la vie personnelle, une condition *sine qua non* pour maîtriser les horaires de travail, se répartir les contraintes afin d'assurer des temps de repos et de vacances, mais aussi pour ne pas être seul, partager les investissements, se donner les moyens d'un bon équipement.

Pour les jeunes médecins installés, être en association avec d'autres médecins signifie partager des locaux et éventuellement un secrétariat, organiser à plusieurs la permanence des soins et les périodes de congés. S'y ajoute la possibilité de rencontrer les confrères et de pouvoir échanger, ce dernier point étant espéré mais pas toujours vécu. Le travail de groupe est donc souvent perçu comme un moyen pour réguler sa charge de travail. En revanche, les notions d'équipe et de collectif de travail sont rarement évoquées, si bien que le mode d'exercice en cabinet de groupe peut être solitaire. Vouloir travailler en groupe n'est pas nécessairement une idée de départ. Pendant les remplacements, les jeunes médecins font l'apprentissage des contraintes et peuvent découvrir l'intérêt d'une association.

Une tension intergénérationnelle est évoquée, qui peut expliquer le décalage observé entre les intentions exprimées de travailler en cabinet de groupe et la réalité

constatée d'une proportion significative d'exercice solitaire parmi les plus jeunes. À titre d'illustration (les recherches donnent de nombreux exemples), on peut citer le cas d'une jeune médecin qui refuse de reprendre un cabinet avec une clientèle importante parce qu'il lui faudrait travailler à plein temps et que ce n'est pas son projet (Levasseur *et al.*, 2004). On observe d'ailleurs que les femmes sont moins nombreuses que les hommes à travailler en cabinet de groupe, ce qui est surprenant *a priori* (Darriné et Niel, 2001).

■ ■ L'activité des nouveaux installés

Sans reprendre l'ensemble des recherches, on peut dire que l'analyse du discours des jeunes médecins sur leur activité est riche d'enseignement de par la diversité des situations d'exercice mais aussi des postures adoptées par rapport au travail et plus généralement à la profession de médecin. On se limite ici à quelques points qui n'apparaissent pas dans les enquêtes d'opinion analysées, en soulignant toutefois que, pour une bonne part, le travail des jeunes médecins reste un champ de recherche à explorer. Deux remarques s'imposent. D'une part, les statistiques d'activité des nouveaux installés sont difficiles à interpréter car la durée du travail, en termes de demi-journées, n'est pas connue. De plus, on observe des différences significatives selon les départements. D'autre part, la notion de jeune médecin est relative. On trouve en effet parmi les médecins généralistes récemment installés des adultes ayant dépassé la quarantaine qui, après diverses expériences professionnelles, se stabilisent en s'installant et aussi des médecins dont l'installation en médecine générale représente une seconde carrière.

LA CHARGE DE TRAVAIL NE SE DÉCIDE PAS, ELLE PEUT MÊME DANS CERTAINS CAS ÊTRE SUBIE

Dans le cadre des cabinets de médecine générale, la charge de travail résulte plutôt d'un compromis trouvé entre la demande sociale, l'offre de soins existante, les priorités d'exercice que l'on se donne et, pour ceux qui sont associés, les usages des confrères avec qui l'on travaille. On observe des tensions entre générations, ou plutôt entre des conceptions différentes du métier. L'équilibre souhaité par les jeunes médecins entre vie privée et activité professionnelle est difficile à mettre en œuvre et certains expriment une lassitude quand, par exemple, ils ont le sentiment que des demandes des patients, non justifiées à leurs yeux, leur « volent » leur vie familiale (Levasseur, Schweyer, 2004). Les horaires imposés par la clientèle, et acceptés par l'obligation contractuelle qui réunit les confrères, sont mal vécus. Certains jeunes médecins aspirent à maîtriser l'organisation de leur travail, en l'imposant au besoin aux patients, alors que, selon eux, leurs collègues plus âgés auraient l'habitude d'être plus souples avec la clientèle. Dans d'autres cas, de constitution de clientèle par exemple, l'adaptation à la clientèle est jugée nécessaire. Le souci d'organiser la durée du travail peut se traduire parfois par une volonté exprimée de limiter volontairement l'activité. Le modèle du travail salarié peut être pris comme référence, pour les horaires et la régularité, mais les représentations ne sont pas toujours en phase avec la réalité. Ainsi le salariat, dans les discours, suggère un temps de travail limité alors que les études montrent qu'il y a « salariat et salariat », autrement dit que le

salariat n'implique pas nécessairement un moindre investissement temporel, surtout quand il s'agit d'emplois d'encadrement (Le Feuvre *et al.*, 2003).

À propos de leur activité, les nouveaux installés parlent aussi de leurs revenus et souvent se comparent à d'autres professions pour exprimer leurs opinions. Dans l'ensemble, ils se disent satisfaits de leurs revenus, avec des attentes variables. Même au démarrage, ils « s'en sortent ». Pour ceux dont l'activité n'est pas très soutenue, il s'agit souvent de la contrepartie acceptée d'un choix d'installation dans une zone riche en médecins. Les nouveaux installés n'ont pas l'objectif professionnel d'obtenir de hauts revenus ; par réalisme, d'une part, et, d'autre part, parce que le temps personnel à préserver leur paraît prioritaire. L'existence de couples double actifs explique la rationalité des choix opérés avec des combinaisons temps plein-temps partiel, salariat-libéral, etc. On rencontre parfois un peu d'amertume, ou du moins un certain fatalisme qui favorise la distance au rôle. Plusieurs jeunes médecins se disent en position défavorable par rapport à des amis ayant fait des études plus courtes et pourtant mieux payés (Levasseur, Schweyer, 2004 ; Hardy *et al.*, 2006). Le rendement des études médicales peut être perçu en déclin. Quand les jeunes médecins comparent la pratique libérale à la médecine salariée, l'équilibre entre niveau de revenu et charge de travail peut être présenté comme défavorable, mais, plus généralement, la charge de travail induite par l'exercice libéral est perçue comme cher payée.

UN SOUCI DE CARRIÈRE, PAS D'ENGAGEMENT DÉFINITIF

L'exercice libéral, on l'a vu, est valorisé par la liberté et l'autonomie qu'on en attend, mais il n'est pas vécu pour autant comme un engagement. Les jeunes médecins évoquent presque tous un possible changement au cours de leur vie professionnelle (les enquêtes d'opinion mettent aussi en lumière cette réalité). L'engagement définitif dans un métier, conçu comme une vocation et une mission, est remis en question ou, du moins, le processus identitaire des jeunes installés ne les conduit pas à se considérer généralistes comme ils se considèrent médecins. La mobilité au cours de la carrière semble intégrée comme une réalité qui concerne également les médecins libéraux. Plus exactement, certains jeunes médecins parlent du salariat comme d'une alternative possible qui ne remettrait pas en question leur identité de généraliste. Par salariat, il faut entendre un travail organisé, plus régulier et aussi une carrière possible. On peut se demander toutefois si l'évocation d'une possible mobilité n'est pas la traduction de l'inachèvement de l'ancrage professionnel. Le choix du type d'activité professionnelle amorce une conversion identitaire à partir d'un socle partagé, celui de médecin.

L'AVENIR DE LA PROFESSION

Quand ils se placent au niveau général de la profession, les nouveaux installés évoquent l'avenir selon trois thèmes : la démographie médicale (la régulation de l'offre de soins plus exactement), les changements jugés souhaitables et enfin le statut libéral. Les propos relèvent de l'opinion fondée sur des constats et des convictions.

Si tous les médecins rencontrés sont conscients du problème de l'inégalité de l'offre de soins selon les territoires, rares sont ceux qui admettraient une régulation qui porterait atteinte à la liberté d'installation. Et ceux qui l'admettent pensent aux

plus jeunes ou aux suivants, mais pas à eux. Le refus de toute obligation en termes d'installation peut avoir plusieurs sens. Dans une perspective des principes de la médecine libérale issus de la charte de 1927, toute atteinte à la liberté d'exercice a un caractère jugé inacceptable. Et certains jeunes médecins déclarent qu'une restriction des règles d'installation les conduirait à renoncer, et l'argument prend quelque consistance quand beaucoup d'hôpitaux sont prêts à recruter des généralistes. Le refus peut avoir un autre sens ; il traduit le fait que le parcours de formation est très contraint et que le choix du lieu et du mode d'exercice peut être perçu comme la dernière liberté qu'il reste (Hardy, Gadéa, 2006). Enfin, le refus peut être associé à une forme de dramatisation de la situation (une contrainte d'installation est assimilée à un déracinement) pour souligner le fait que la contrainte est amplifiée par le nécessaire ajustement des deux activités des conjoints et l'obligation faite à l'un des conjoints ne saurait s'imposer aux deux.

La prise de conscience du problème de l'inégalité de l'offre de soins est générale. La notion de maison médicale est alors citée, les médecins rencontrés s'accordent pour prêter à la notion de maison médicale toutes les vertus d'une solution d'avenir. La notion reste floue, elle évoque à la fois une réalité (le partage des charges) et un souhait rarement réalisé (l'échange professionnel). En sorte que la réunion sous un même toit de différents médecins et professionnels de santé apparaît à tous comme une bonne solution, sans que la question de l'organisation du travail ou encore d'un projet professionnel ne soit vraiment développée.



En conclusion Que veulent les futurs et jeunes généralistes ?

Quelques points ressortent de notre analyse

- Les étudiants n'ont pas vraiment de « projet professionnel », leurs choix se font au fur et à mesure de l'avancée des études, avec beaucoup d'incertitudes et un certain conformisme. Les facteurs déterminants sont le milieu de formation et ses valeurs, le stage chez le praticien, le milieu familial et social, le choix du conjoint.
- Les enquêtes d'opinion comme les recherches attestent du changement de modèle professionnel qui est en cours. Les chercheurs ont montré que c'est moins l'accroissement du nombre de femmes médecins qui en est la cause que la transformation du rapport au travail des femmes des hommes médecins. À une division sexuelle du travail qui faisait de l'homme le pourvoyeur principal de ressources et plaçait la femme prioritairement dans la sphère domestique, succède un référentiel professionnel fondé sur la conciliation de l'exercice médical et de la vie privée familiale et conjugale. Dans les jeunes générations, les femmes et les hommes partagent ce référentiel. L'articulation entre l'intérêt du métier de généraliste (fondé surtout sur les relations aux patients) et la qualité de la vie personnelle est centrale dans le processus de choix.
- La situation des jeunes médecins est favorable en matière d'activité et de revenu assurés par une demande sociale croissante et solvable. Cette situation étant

vécue comme « normale », les choix se font sur le registre de la préférence sous faible contrainte (si ce n'est les contraintes familiales). La demande hospitalière de généraliste pèse sur les choix d'installation, l'exercice libéral apprécié pour la liberté et l'autonomie qu'il est censé donner est en concurrence avec l'exercice hospitalier qui passe pour garantir la maîtrise du temps de travail.

- Les jeunes médecins ont le souci de l'organisation du travail, avant tout pour maîtriser les horaires d'activité. Pour autant, et contrairement à une idée répandue, ils ne sont pas désinvestis de leur travail, bien au contraire. La durée d'activité des médecins augmente et le temps de travail des femmes rattrape peu à peu celui des hommes. La dissociation du lieu de travail d'avec le lieu de vie est souhaitée. Les jeunes médecins se disent en conséquence prêts à être plus mobiles.
- Leur conception du travail écarte l'exigence de disponibilité à la clientèle, le modèle de la disponibilité permanente a disparu. Les jeunes médecins se disent soucieux de la qualité des soins et considèrent les activités de santé publique légitimes. Une rémunération mixte est largement admise.
- Les installations relèvent dans la plupart des cas d'opportunités. Les aides à l'installation sont jugées inappropriées, leur effet est considéré comme marginal. Les jeunes médecins se disent attachés à la liberté d'installation, qui représente un principe libéral mais aussi un des seuls choix réels qui leur reste. L'installation est dans la plupart des cas un choix de couple de double actif. Il s'agit donc d'un compromis où la possibilité de faire varier le temps de travail, dans des configurations d'activité évolutives, est un facteur important.
- L'installation en milieu rural n'attire qu'une petite minorité d'étudiants qui, pour la plupart, sont originaires de la campagne. Si les incitations financières n'ont pas d'effet, en revanche, les recherches montrent que – en gardant les règles actuelles – seul un réexamen de la forte sélection sociale opérée par le recrutement des études de médecine serait de nature à faire évoluer le problème de la disparité de la répartition des médecins sur le territoire, problème dont les jeunes générations ont conscience d'ailleurs.

Références bibliographiques

ARLIAUD M., 1987, *Les Médecins*, Paris, La Découverte.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES INTERNES DES HÔPITAUX D'AMIENS, URML DE PICARDIE, 2004, *Livre blanc des internes de Picardie. Formation et démographie. Constat et propositions*, Amiens, 39 p.

BARNAY T., HARTMANN L., ULMANN P., 2007, « Réforme du “médecin traitant” et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.

BASZANGER I., 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII, 223-245.

BASZANGER I., 1983, « La construction d'un monde professionnel : l'entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n° 3.

- BERLAND Y., BURDILLAT M., DANIEL C., 2004, *Les Effectifs et l'activité des professionnels de santé, analyses et enseignements*, ONDPS, La Documentation française.
- BLOY G., 2004, *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, rapport de recherche, CNRS/INSERM/DREES-MiRe.
- BLOY G., 2005, « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.
- BUNGENER M., 1984, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. III.
- CHAUMARTIN D., FRAPPÉ P., 2007, *Aspirations des futurs généralistes stéphanois*, Association des futurs médecins généralistes stéphanois (AFMGS), Saint-Étienne, mai.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2007, *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*, rapport complet, BVA, février, 48 p., et synthèse, mars.
- DARRINÉ S., NIEL X., 2001, « Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000 », *Études et Résultats*, n° 99.
- DAVEZIES F., DANIELLOU F., 2004, *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, URML de Poitou-Charentes, janvier.
- DÉCHAMP-LE ROUX C., 1994, « Vocation médicale et choix professionnel », in Aïach P., Fassin D. (eds), *Les Métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- DESCOURS C., 2003, Rapport du groupe opérationnel sur la permanence des soins remis à M. J.-F. Mattei, ministre de la Santé.
- DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2006, *Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées*, rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliopé, Paris, 202 p., et synthèse.
- DRASS ÎLE-DE-FRANCE, 2006, *Enquête sur le choix professionnel des résidents et internes de médecine générale d'Île-de-France*, Paris, juin, 6 p.
- DRULHE M., 2000, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle », in Cresson G., Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP.
- FERRAND M., IMBERT F., MARRY C., 1996, « Femmes et sciences, une équation improbable ? », *Travail et Emploi*, n° 55.
- FRAPPÉ P., 2007, *Les Aspirations des futurs généralistes stéphanois : suivi à un an*, Saint-Étienne, novembre, 18 p.
- FREIDSON E., 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- GIAMI A., à paraître en 2008, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2000, « Faire (quelle ?) médecine. À propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales », in Cresson G., Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP.

- HARDY-DUBERNET A.-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC A.-M., 2001, *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, rapport de recherche INSERM-CNRS-MiRe, 98.
- HARDY-DUBERNET A.-C., 2005, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- HARDY-DUBERNET A.-C. ET GADÉA C. (DIR.), DIVAY S., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., 2005, *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, rapport d'étude pour la DREES.
- HASSENTEUFEL P., 1997, *Les Médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP.
- HASSENTEUFEL P., PIERRU F., 2003, « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie ? », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M., 1993, *Cinquante Ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, INSERM Douin.
- LABARTHE G., HÉRAULT D., 2003, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », DREES, *Études et Résultats*, n° 244.
- LAPEYRE N., LE FEUVRE N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- LAPEYRE N., ROBELET M., à paraître en 2008, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy G., Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- LE GÉNÉRALISTE, 2007, « Rêves et cauchemars d'une génération », n° 2425, 19 octobre, 16-21.
- LEVASSEUR G. ET SCHWEYER F.-X., 2001, « La recherche en médecine générale en France, un état des lieux », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXI, n° 1, 47-80.
- LEVASSEUR G., SCHWEYER F.-X., 2004, *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, rapport de recherche, université Rennes, LAPSS-ENSP, UBO.
- LE FEUVRE N., 2001, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du "genre" ? », in *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., Rennes, Éditions ENSP.
- NIEL X., 2002, « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161.
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE D'ÎLE-DE-FRANCE, URML ÎLE-DE-FRANCE, SYNDICAT DES INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS, 2003, *Livre blanc des internes. À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* Paris, novembre, 48 p., et synthèse 4 p.
- PAICHELER G., 2001, « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., Rennes, Éditions ENSP.
- POMEY M.-P., BAIL P. *et al.*, 1997, « Connaissances et croyances des étudiants en 4^e année des études de médecine à l'égard des pratiques professionnelles en médecine générale », *Santé publique* (2) : 207-220.
- ROBELET M., 2003, « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

- ROBELET M., LAPEYRE N., ZOLESIO E., 2006, *Les Pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux*, note de synthèse pour le CNOM, janvier.
- SARRADON-ECK A., à paraître en 2008, « Qui mieux que nous ? Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Les Médecins généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP.
- SCHWEYER F.-X., 2003, « Crises et mutations de la médecine hospitalière », in J. de Kervasdoué, *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- SETBON M., 1996, « Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 2, avril-juin.
- URML RHÔNE-ALPES, SYNDICATS DES INTERNES DES CHU DE LYON, GRENOBLE, SAINT-ÉTIENNE, CLERMONT-FERRAND, 2004, *Livre blanc des internes de spécialité des régions Rhône-Alpes et Auvergne*, Rapport d'étude réalisé par Cemka Eval.
- URML RHÔNE-ALPES, 2005, *Étude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes*, étude réalisée par CAREPS, février, 67.

UNE MÉDECINE GÉNÉRALE DURABLEMENT DÉPRÉCIIÉE ? ENQUÊTE SUR UNE ÉVIDENCE

Géraldine BLOY

*Maître de conférences en sociologie, université de Bourgogne,
LEG - UMR CNRS 5118*

Le *leitmotiv* de la dévalorisation de la médecine générale constitue le point de départ de cette contribution. Bien des représentations semblent converger sur l'idée d'une faible reconnaissance de cette médecine, que l'on dénonce cette situation comme non fondée, profondément injuste, voire scandaleuse (les défenseurs de la médecine générale), qu'on la déplore en promettant d'inverser enfin le stéréotype à l'occasion d'une prochaine mesure (les réformateurs du système de soins), qu'on l'estime largement justifiée (les tenants d'une conception exclusivement hospitalocentrée de l'excellence médicale).

Le propos n'est évidemment pas ici d'abonder dans tel ou tel sens, d'offrir une meilleure résonance à telle ou telle opinion, mais de faire le point de manière dépassionnée sur la situation de la médecine générale dans le paysage passé et présent des valeurs médicales¹ : d'où vient l'image du « petit généraliste », quelle est la genèse de cette vision péjorative ? À quoi convient-il de référer la question de la valeur : qui la décrète à quelle bourse des valeurs, quels processus la fondent ? On s'accorde à parler de dévalorisation, mais par rapport à qui et à quand ? Derrière l'évidence apparente, quelle réalité et quelle généralité a cette représentation ? À qui et jusqu'où s'impose-t-elle ?

Ces questions sont suffisamment complexes pour ne pas appeler de réponse unique. De nombreux éléments empiriques et théoriques, issus des travaux consacrés à la médecine et aux professions médicales par les sciences sociales, permettent une mise en perspective du sujet. La revue de connaissances que nous proposons les revisite pour cette enquête sur les processus sociaux au sens large (historiques, économiques, politiques, anthropologiques...) qui participent à la construction ou la déconstruction de la valeur de la médecine générale.

Les sciences sociales postulent qu'il n'y a pas de création spontanée de la valeur et que les représentations disponibles à un moment donné sont largement le produit de l'histoire. Nous consacrerons donc les deux premières parties aux aspects historiques du problème, en distinguant deux grandes phases chronologiques (avant les années 1990, après). La troisième partie travaille la question de la valeur incertaine de la médecine générale au vu des modèles scientifiques et profes-

1. Le langage de la valeur est plein de chausse-trappes. S'il nous arrive de dire dans ce qui suit que la médecine générale est « dévaluée », « de peu de valeur », « sans qualité », ou au contraire qu'elle paraît « sous-évaluée », « sous-estimée », le propos n'est jamais ici d'évaluer ses performances ni de nous prononcer sur « ce qu'elle vaut vraiment » – qui ne ressort certainement pas des compétences des sociologues –, mais de décrire des situations sous un certain rapport, en les référant au contexte social dans lequel elles s'inscrivent.

sionnels dominant le champ médical. Une dernière partie nuance les démonstrations précédentes en pointant l'existence d'éléments dissonants en faveur d'une possible construction autonome de la valeur de la médecine générale.

L'histoire institutionnelle de la médecine générale : de l'après-guerre aux années 1990, un produit dévalué de la spécialisation

Rappelons tout d'abord que la médecine générale libérale a longtemps constitué, dans les représentations comme dans les faits, le cœur même de la pratique médicale clinique. Jusqu'aux années 1940 et à l'essor des spécialités, l'essentiel de la médecine était implicitement de la médecine générale. C'est paradoxalement la sortie progressive de ce modèle qui a conduit à désigner par un qualificatif la médecine ne relevant d'aucune spécialité. La naissance de la médecine générale procède donc de cette distinction en négatif (Arliaud, 1987). La médecine courante est devenue « générale » sans qu'un territoire propre lui soit à aucun moment attribué. Comme le rappelle D. Broclain, « aucun élément réglementaire n'existe qui préciserait les rôles respectifs ou les champs d'activité du généraliste et du spécialiste » (Broclain, 1994, p. 130). Il souligne que l'émergence intellectuelle des spécialités s'est faite logiquement à l'hôpital, « autour des cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter », mais que les territoires des spécialités ont ensuite été constitués de manière extensive à partir d'un simple critère d'organe (d'âge ou de sexe des patients, de technique employée), sans considération de gravité ou de rareté de la pathologie. D'où la difficulté de rendre ultérieurement visible un territoire propre à la médecine générale, évoquée par M. Bungener et I. Baszanger dans ces termes : « un champ d'activités moins ou peu définies, voire indéfinissables, même si certaines sont en fait à l'origine de la pratique médicale : le champ de la médecine dite générale. (...) "ce qui reste", ce dont les divers spécialistes ne s'occupent pas parce qu'ils font plus et autrement, ou parce que cela ne requiert pas de compétences supplémentaires » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 20-24).

Ces conditions d'émergence ne laissaient pas augurer d'une constitution facile d'une discipline originale et reconnue. L'évolution du statut institutionnel de la médecine générale en France mérite néanmoins d'être considérée plus en détail sur les cinquante dernières années. Nous évoquerons la place de la médecine générale à partir des analyses disponibles sur les principales réformes qui se sont succédé en France, de la réforme Debré de 1958 au récent (et inachevé) mouvement de promotion universitaire d'une « spécialité médecine générale », en passant par la réforme de l'internat intervenue en 1984. Chacun de ces importants remaniements législatifs ou réglementaires reconfigure les conditions de recrutement des futurs généralistes parmi l'ensemble des médecins en formation et, en définissant sa valeur relative, assigne assez efficacement la médecine générale à une place dans un espace de relations hiérarchisé.

■ ■ La dualisation du corps médical dans les années 1950 et ses conséquences

Sur le plan institutionnel, l'ancien modèle, organisé autour d'un exercice polyvalent de la médecine, est progressivement supplanté au cours des années 1950, après qu'un décret d'octobre 1949 a listé et réglementé l'exercice des spécialités, devenu accessible après l'obtention de certificats d'études spéciales (CES). Une première inscription officielle de la différence entre médecine générale et médecine spécialisée intervient donc, alors que l'expérience et la notoriété suffisaient auparavant pour qu'un médecin généraliste puisse se proclamer spécialiste². Mais c'est la fameuse réforme Debré de 1958 (adoptée par ordonnances et non devant le Parlement) qui consacre la médecine spécialisée. Cette dernière institue les centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux qui visent à concentrer l'excellence des soins, de l'enseignement et de la recherche, et crée le temps plein hospitalier pour y retenir l'élite des médecins en leur proposant un déroulement de carrière dans l'institution. Intellectuellement, cette réforme ancre le développement des sciences médicales dans l'enseignement des connaissances biologiques fondamentales et oriente en conséquence la sélection et la formation des médecins.

Qu'advient-il alors de la médecine générale ? Elle n'est pas considérée en propre. Il semble entendu que le progrès médical et le prestige de la médecine procèdent désormais de cette nouvelle élite hospitalo-universitaire. Approfondissement des connaissances rime avec hyperspécialisation et technicité grandissante de la biomédecine, qui exige des plateaux techniques de plus en plus performants, dont même les spécialités de ville ne peuvent présenter qu'un dégradé. À l'écart de ce mouvement, la médecine générale devient durablement, malgré l'importance de ses effectifs, un segment (Bucher et Strauss, 1961) dominé du monde médical qui ne trouve longtemps à se définir qu'en creux, par défaut de spécialisation, comme en retrait de l'évolution scientifique. Dans une phase de montée de la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie, la valorisation économique différente de la consultation des spécialistes et des généralistes accrédite l'idée d'une moindre complexité de l'acte de médecine générale et désigne les compétences et le travail des spécialistes comme sources de valeur ajoutée par rapport à la consultation généraliste « de base ». En outre, les actes techniques sont mieux rémunérés que les actes intellectuels, situation qui profite globalement aux spécialistes jusqu'aujourd'hui³.

Le taux de spécialisation s'élève fortement dans les années qui suivent la réforme Debré, bien que les généralistes restent majoritaires, le tout sur fond de forte croissance de la démographie médicale. Tous les médecins sont formés à partir de 1958

2. Alors que l'enseignement des spécialités avait été institué de longue date dans les facultés, qui délivraient des certificats de spécialisation, pendant la première moitié du xx^e siècle « il n'existe, de fait, aucun moyen de distinguer les spécialistes qualifiés de ceux qui prétendaient à la spécialité sans une préparation scientifique sérieuse » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 55).

3. Par la suite, l'accès au secteur 2 à honoraires libres, ouvert entre 1980 et 1990, a moins été sollicité par les généralistes (à l'exception de ceux exerçant en MEP [mode d'exercice particulier] ou dans des contextes économiquement favorisés et de forte densité médicale). Après 1990, le passage en secteur 2 a été accordé sur la base de titres hospitalo-universitaires non accessibles aux généralistes.

dans les CHU. Là s'acquiert le tronc commun de leurs connaissances, et pour les généralistes la seule formation avant leur exercice futur. À l'issue des premier et deuxième cycles des études médicales, les non-spécialistes prolongent leur formation par deux semestres de « stage interné » dans des hôpitaux secondaires. Concrètement, les généralistes sont surtout ceux dont la formation s'arrête quand celle des autres continue. Étonnamment, la formation médicale est pensée sans considération pour les futurs généralistes devenus, selon les mots d'I. Baszanger, « la catégorie de professionnels que l'institution socialisante ne fabrique pas pour elle-même » et dont elle se désintéresse (Baszanger, 1981, p. 230). La question de la définition de la formation pertinente des généralistes dans un contexte d'accroissement exponentiel de la masse des connaissances, impossible à maîtriser par un individu, n'est pas posée. Il n'est pas envisageable dans ce modèle que la médecine générale constitue une discipline propre, bénéficiant d'un enseignement théorique ou pratique à l'instar des différentes spécialités, ni qu'elle soit un objet pour la recherche médicale, même conduite par d'autres.

À partir de la fin des années 1970, différents auteurs (I. Baszanger et M. Arliaud les tout premiers) ont constaté les conséquences en termes de fragilité de socialisation, d'identité et de légitimité professionnelles de cette constitution par défaut de la médecine générale. M. Arliaud a pu évoquer le « peuple vague » des généralistes, incertain quant à la délimitation de son champ d'action, infini ou résiduel, et quant à la valeur de ses pratiques, qui ne sont pas référables simplement à des standards biomédicaux, compte tenu de la complexité des plaintes recueillies en médecine générale (*cf. infra*). Ces analyses ont été largement confirmées par la suite. Elles restent très pertinentes, en dépit des réformes importantes intervenues dans les processus de sélection des spécialistes par rapport aux généralistes que nous allons à présent considérer.

■ ■ La réforme de l'internat de 1984

Une nouvelle période s'est ouverte en effet avec la réforme de l'internat intervenue en 1984 (en application de la loi du 31 décembre 1982), qui a profondément reconfiguré le contexte de l'orientation vers la médecine générale en instituant une coupure symbolique puissante entre les étudiants jugés dignes de devenir spécialistes, du fait de leur réussite au nouveau concours de l'internat, et les autres. Cette réforme procédait pour partie d'un souci d'harmonisation européenne des études, mais était également motivée par la volonté d'encadrer la croissance du nombre de spécialistes, jugée inflationniste pour les dépenses de santé suite au changement durable de conjoncture économique intervenu dans les années 1970. La suppression progressive des anciens certificats d'études spéciales (CES), qui constituaient autant de passerelles de la médecine générale vers les spécialités, a considérablement dramatisé les conditions de choix des étudiants et consacré une hiérarchie des valeurs présentant la médecine générale comme le lot de ceux ayant échoué à devenir spécialistes. La procédure veut ainsi, à partir de 1984, qu'il soit plus facile de devenir généraliste que spécialiste, et partage les promotions approximativement en deux au vu des résultats du concours (alors même que les notes sont très homogènes en milieu de distribution). Même si des hiérarchies fines se reconstituent entre spécialités, la césure importante passe entre le dernier reçu et le premier à échouer

au concours, instaurant une véritable dualisation du corps médical français. M. Arliaud a pu écrire ainsi : « Le concours opère donc une césure hiérarchique, quasi irréversible, dans la population étudiante, dont il est, par ailleurs, aisé d'observer qu'elle persiste, plus tard, dans la vie professionnelle (...). L'internat opère une distinction hiérarchique au sein d'un même espace et induit, durablement, à la fois des différences de condition matérielle et de degré de légitimité professionnelle » (Arliaud, 2002, p. 65⁴).

L'étude d'A.-C. Hardy-Dubernet examine les conséquences de la réforme de 1982 pour la médecine générale (Hardy-Dubernet *et al.*, 2001; Hardy-Dubernet, 2003). L'analyse permet d'en mesurer précisément les effets sur l'orientation (spécialités ou médecine générale) des meilleurs étudiants, à savoir ceux classés dans le premier tiers des promotions à l'issue du deuxième cycle : 43,7% de ceux-ci s'engageaient en médecine générale dans l'ancien régime ; ils ne sont plus que 28,4% après l'entrée en vigueur de la réforme. Cette étude montre qu'il faut faire preuve de beaucoup de détermination pour ne pas se diriger vers l'orientation la plus probable eu égard aux classements répétés qui structurent le parcours des étudiants en médecine. « Ainsi, les "meilleurs" étudiants n'échappent pas aux spécialités les plus cotées à l'issue du concours et les "moins bons" sont relégués dans les segments dévalorisés de la profession. (...) Si les étudiants les plus brillants ont – théoriquement – le choix, d'abord de ne pas passer le concours de l'internat et, ensuite, d'en refuser le bénéfice pour faire de la médecine générale, ils n'ont pas, dans la pratique, cette possibilité. Le système, tel qu'il est conçu, propose un modèle d'identification qui place, d'emblée, les "meilleurs" étudiants dans la catégorie des futurs spécialistes. (...) L'ordre du classement agit comme une obligation pour tous, quel que soit le rang obtenu puisque le choix obéit *in fine* à l'ordre des hiérarchies professionnelles propres au corps médical » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 80-82).

L'internat fonctionne désormais comme une sorte de table de valeurs et produit des croyances collectives dont il est difficile et coûteux de se démarquer individuellement. Le renforcement de la formation par la concurrence produit par ce nouveau concours a eu ainsi des effets profonds en amont et en aval, sur les individus comme sur les institutions, notamment les facultés. A.-C. Hardy-Dubernet montre que, dès lors que la concurrence entre ces dernières se fait sur la réussite à l'internat, la réflexion sur la cohérence ou la pertinence en termes de formation du deuxième cycle n'a pu être menée, alors même qu'un peu plus de la moitié des promotions reste constituée de futurs généralistes qui ne recevront pas d'autres ensei-

4. Cette analyse est directement inspirée de celle consacrée par P. Bourdieu aux concours d'accès aux grandes écoles constitutives de l'élite dans le système français. Cette séparation « se marque enfin dans et par le concours lui-même et par la coupure rituelle, véritable frontière magique, qu'il institue en séparant le dernier reçu du premier collé par une différence de nature, marquée par le droit de porter un nom, un titre. Cette coupure est une véritable opération magique, dont le paradigme est la séparation entre le sacré et le profane telle que l'analyse Durkheim. L'acte de classement scolaire est toujours, mais tout particulièrement en ce cas, un acte d'ordination au double sens que ce mot revêt en français. Il institue une différence sociale de rang, une relation d'ordre définitive : les élus sont marqués, pour la vie, par leur appartenance (ancien élève de...); ils sont membres d'un ordre, au sens médiéval du terme, et d'un ordre nobiliaire nettement délimité (on en est ou on n'en est pas) de gens qui sont séparés du commun des mortels par une différence d'essence et légitimés, de ce fait, à dominer. C'est en cela que la séparation opérée par l'école est aussi une ordination au sens de consécration, d'intronisation dans une catégorie sacrée, une noblesse » (Bourdieu, 1994, p. 41-42).

gnements. « L'objectif pédagogique a été parasité par l'objectif sélectif » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 76). Quant aux individus, les « élus » ont tout lieu d'être saisis par les effets quasi magiques de distinction symbolique que produit une bonne place à un concours difficile. Ceux qui échouent en dépit d'un lourd investissement seront toujours jugés assez bons pour une orientation en médecine générale, même si on peut se demander dans quelles dispositions... Ne pas participer à cette course, enfin, est possible – on reviendra attentivement sur cette réalité en partie 4 –, mais équivaut à un positionnement hors jeu. Au-delà du temps du concours, le passif de rancœur, de frustration ou d'incompréhension ne laisse pas exactement augurer de relations de coopération sereines entre futurs généralistes et spécialistes.

La valeur des filières doit se confirmer enfin dans leur recrutement social plus ou moins élevé, l'excellence, dans les études médicales comme ailleurs, n'étant pas indépendante des déterminations sociales classiques. Il est depuis longtemps connu que les étudiants en médecine ont, dans leur ensemble, une origine socioprofessionnelle très favorisée par rapport à ceux des autres filières universitaires, et proche de celle des élèves des classes préparatoires ou des grandes écoles (Reynaud et Touraine, 1956 ; Herzlich *et al.*, 1993). Le phénomène est encore plus net au-delà de la sélection opérée par le concours de fin de première année. Selon des chiffres de 2002 : « 44 % des pères (à défaut, des mères) d'étudiants de PCEM1 sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure, ils sont plus de la moitié en PCEM2 (57%) et en deuxième cycle (59%)⁵ » (Labarthe et Hérault, 2003). Rappelons que les jeunes issus de cette catégorie socioprofessionnelle représentent environ 15 % de l'effectif de la génération concernée⁶.

La comparaison du recrutement social des différentes spécialités médicales est nettement moins facile à établir, l'information relative aux origines sociales n'étant pas de bonne qualité au niveau du troisième cycle. Sur la base des différentes enquêtes qu'elle a conduites, A.-C. Hardy-Dubernet fait état d'une sélection sociale subtile : aux principes habituels de hiérarchisation sociale se surajoute un facteur de réussite spécifique qui tient à la proximité privilégiée (dans la famille ou l'entourage immédiat) avec quelques représentants du milieu médical, dont tous les travaux consacrés à la socialisation des jeunes médecins signalent effectivement qu'elle favorise tout au long de la carrière estudiantine l'initiation aux règles informelles permettant la survie puis la réussite en faculté de médecine⁷.

M. Jaisson a comparé les origines sociales des étudiants du troisième cycle de médecine générale et celles des internes de spécialités au milieu des années 1980 et au début des années 1990. Elle met ainsi en évidence le poids de l'origine sociale

5. PCEM1 : 1^{re} année ; PCEM2 : 2^e année.

6. À l'autre extrême, les enfants d'ouvriers représentent quelque 40 % des jeunes mais seulement 9 % des PCEM1 et 5 % des étudiants en médecine au-delà.

7. « La soumission aux injonctions officielles de l'université (présence aux cours, assiduité aux stages en particulier) ne produit que des résultats médiocres qui ne suffisent pas à "faire la différence". Bon nombre de médecins considèrent que la réussite en médecine dépend autant du travail fourni que de la compréhension de normes non dites : méthodes particulières d'apprentissage, intégration dans un réseau solidaire d'étudiants, accès aux conférences privées d'internat, informations sur les "bons" stages, etc. (...) *A contrario*, les étudiants les plus défavorisés sont ceux qui n'ont accès qu'aux seules informations officielles dispensées par l'université et l'hôpital. Ceux-ci mettent souvent beaucoup de temps à comprendre le fonctionnement du système, ce qui leur coûte en général un redoublement en première année et des chances diminuées d'accès à l'internat en spécialité » (Hardy-Dubernet, 2003, p. 84-85).

des étudiants en médecine sur l'accès à la spécialité : « les étudiants d'origines sociales dominées s'orientent plus fréquemment vers la médecine générale que vers l'internat de spécialité. En 1985-1986, sur l'ensemble des étudiants inscrits en internat en France, 28 % étaient issus de parents cadres moyens, employés ou ouvriers (...), le taux était de 23 % pour les étudiants en internat de spécialités. Cinq ans plus tard, l'écart est plus net encore : si l'on trouve toujours 28 % d'étudiants en médecine générale issus des PCS cadres moyens, employés ou ouvriers, seuls 17 % des futurs spécialistes le sont désormais » (Jaisson 2002, p. 31). Elle pense donc que la réforme de l'internat entrée en vigueur en 1984 a contribué à accroître la sélectivité par rapport à l'origine sociale de l'accès à la médecine spécialisée... La production de données incontestables sur ce sujet important reste toutefois particulièrement difficile. Au-delà de l'origine sociale, il serait utile de pouvoir étudier finement la provenance géographique des étudiants et d'apprécier leurs parcours et orientations selon qu'ils sont plutôt d'origine rurale ou urbaine.

Seule nuance dans ce tableau convergeant vers une forme de relégation de la médecine générale par la loi de 1982 (en dépit de l'objectif de « revalorisation », affiché parmi d'autres), un début de statut pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale a été instauré. Accessible sans épreuve à l'issue du deuxième cycle, l'internat de médecine générale dure alors deux années, rémunérées, là où celui des spécialités requiert en moyenne quatre années. Par crainte de dévoyer le noble titre d'interne, le terme de résidanat a, à l'époque, été officiellement retenu pour ce dernier temps de la socialisation professionnelle des futurs généralistes. Ces deux années sont consacrées à des stages hospitaliers (principalement en CHU pour les internes, surtout en hôpitaux périphériques pour les résidents), un embryon de formation pratique spécifique apparaissant toutefois avec la mise en place progressive d'un premier stage de vingt demi-journées auprès d'un médecin généraliste.

Les réformes des dix dernières années : vers une mise en valeur de la médecine générale ?

Des changements importants sont intervenus depuis 1997 dans la formation puis le recrutement des médecins généralistes. Ils traduisent une volonté de doter ceux qui vont exercer la médecine générale de compétences accrues et semblent reconnaître, plus nettement en tout cas que dans la période précédente, une qualité propre au travail de généraliste. Cette qualité, il s'agit de la produire chez les plus jeunes... et effectivement jamais les diplômés de médecine générale n'ont été autant formés à cet exercice (ni autant formés tout court) qu'aujourd'hui. À cette fin ont été intronisés des enseignants de médecine générale qui en se saisissant de la question de la transmission aux plus jeunes affirment activement leur propre valeur dans une entreprise de conquête difficile d'une place universitaire. La nouvelle réforme du concours de l'internat, intervenue en 2004, a été l'occasion d'instituer la médecine générale en spécialité, mais elle produit comme on va le voir des effets ambigus.

■ ■ Les départements de médecine générale et la dynamique des stages en médecine générale

La première étape de cette deuxième période est franchie discrètement car elle n'infléchit qu'à la marge les cursus des étudiants en médecine et ne concerne que ceux qui n'ont pas passé ou réussi l'internat, qui attirent donc peu l'attention dans un système élitiste. Elle est pourtant essentielle pour les intéressés et marque une inflexion dans les manières de considérer la médecine générale. Petit à petit, l'idée d'une spécificité des prises en charge en médecine générale, justifiant un enseignement propre dispensé pour partie à distance de l'hôpital, a gagné du terrain⁸. En marge des principales institutions médicales, une réflexion sur la définition et l'enseignement de la médecine générale s'est en fait développée en France depuis le début des années 1970. Si le premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale de Bobigny date de 1968, il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour que la politique des petits pas adoptée par des généralistes, longtemps investis sur un mode bénévole, produise un effet sensible sur le plan national et « permette à la médecine générale de pénétrer sur la pointe des pieds dans les facultés de médecine », selon l'expression de D. Broclain (1994, p. 144). De premiers départements de médecine générale (DMG) ont ainsi été organisés dans des facultés qui toléraient l'institution en leur sein de la médecine générale et lui accordaient un minimum de locaux et de moyens. On peut en ce sens parler d'un début de reconnaissance d'une originalité, si ce n'est d'une discipline. Les logiques propres de l'omnipratique, son intérêt, sa valeur potentielle, commencent alors à être envisagés – en dépit de la procédure qui continue à distinguer les spécialistes et à présenter les généralistes comme le rebut du concours. Les premiers recrutements officiels de généralistes maîtres de conférences puis professeurs associés sont intervenus en 1992.

Suite au décret du 16 mai 1997, cette organisation en départements est généralisée et rendue pérenne, indépendamment de la bonne volonté de tel doyen ou du dynamisme de tel enseignant. La situation de la médecine générale devient ainsi plus homogène sur le territoire, et cet acquis institutionnel crée une situation qui devient difficilement réversible. Sont placés à la tête de chaque DMG à la fois un médecin généraliste doté du titre de professeur associé ou maître de conférences associé et un « coordonnateur universitaire », professeur des universités et praticien hospitalier dans sa spécialité (interniste le plus souvent). La médecine générale se trouve donc symboliquement dotée de professeurs, mais ceux-ci doivent se contenter d'un demi-statut (initialement de durée très limitée, puis consolidé grâce aux améliorations obtenues au fil des ans)⁹. La loi du 8 février

8. Signalons le travail de la commission Fougère, nommée en 1973. Le rapport qu'elle a rendu en 1975 parlait de « redonner sa vraie place à la médecine générale » et interrogeait le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation des médecins. Il préconisait une formation spécifique à la médecine générale.

9. Il n'est pas non plus indifférent que les généralistes ne se soient pas vu confier d'emblée, officiellement, la pleine responsabilité de leurs départements, même s'ils ont pu fonctionner de manière assez autonome. Des spécialistes restent présents dans les instances régissant la médecine générale dans les facultés, sans que la réciproque soit vraie : les médecins généralistes sont très peu représentés hors de leur département tant qu'ils ne sont pas titulaires, l'accès à certaines instances importantes leur est impossible, et c'est à titre dérogatoire qu'ils ont pu siéger dans les commissions de validation du DES de médecine générale de la première promotion sortie à l'automne 2007.

2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, votée à l'unanimité, vient de mettre un terme à cette situation. Elle doit permettre, sitôt les décrets d'application parus, la titularisation des professeurs de médecine générale.

Le recrutement de cette première génération de généralistes à l'université n'a pu se faire selon les critères d'évaluation des dossiers scientifiques en vigueur dans les autres disciplines (la création d'une sous-section « médecine générale » au sein du Conseil national des universités n'a d'ailleurs été obtenue qu'en 2006). Leur légitimité reste par conséquent fragile (elle est ouvertement discutée par certains, étudiants, spécialistes, et même généralistes), mais les progrès réalisés dans la dernière décennie sur le front de l'enseignement comme de l'ancrage institutionnel de la médecine générale à l'université ne sont pas contestables.

Une transformation substantielle est intervenue sur le plan des contenus de la formation lorsque le troisième cycle de médecine générale s'est allongé à compter de l'automne 1997 d'un cinquième semestre, les généralistes obtenant que ce semestre supplémentaire soit consacré à la médecine générale dans le cadre d'un stage dit chez le praticien.

Ce stage est symboliquement et pratiquement important (Bloy, 2004). On peut affirmer avec le recul qu'il a inauguré une nouvelle dynamique pour la connaissance et la reconnaissance de la médecine générale. Le défi de la mise en place du premier stage en novembre 1997 a été relevé par les DMG là où certains prévoyaient une débandade. Un important travail de coordination politique et pédagogique a été accompli, principalement sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Les six mois en cabinet de médecine générale permettent de prendre la dimension d'un exercice très différent de celui enseigné dans les hôpitaux, et l'époque est révolue où les jeunes généralistes se formaient sur le tas lors des remplacements et réalisaient seuls, « sans filet », les ajustements nécessaires à leur nouveau contexte d'exercice (Baszanger, 1979).

Pour autant, ce stage n'est pas l'instrument de conversion simple à la médecine générale espéré par certains. Le bilan en termes de restauration ou promotion de l'image de la médecine générale reste contrasté, à la fois du fait de l'hétérogénéité mal régulée des terrains de stage, de difficultés à cadrer dans les faits la place et le rôle du stagiaire au cabinet, et de la diversité des aspirations des étudiants, pour certains très mal disposés vis-à-vis de cet exercice (Bloy, 2005). S'il est globalement très formateur pour ceux qui s'y destinent, le dispositif détourne paradoxalement dans certains cas des étudiants de la médecine générale : soit à cause de l'envahissement du stage par des tensions qui dégradent l'expérience du cabinet (qu'elles soient imputables à un manque d'affinité personnelle, à un désaccord sur les modalités d'utilisation du stagiaire, ou parfois aussi à des divergences profondes sur des prises en charge médicales), soit parce que des étudiants en sortent plus inquiets et plus exigeants quant à leurs futures conditions de pratique. À ce stade du parcours (milieu ou fin de troisième cycle), faire connaître la médecine générale, même dans de bonnes conditions, ne suffit donc pas pour attirer ni encore moins fixer des étudiants dans cet exercice. Ajoutons que l'instauration de ce dispositif ne semble pas avoir eu de grand effet d'entraînement au-delà des promotions et des généralistes maîtres de stage concernés. Le vivier de recrutement de ces derniers reste

par exemple étroit¹⁰, travailler sous le regard d'un jeune venant de la faculté reste pour la plupart des généralistes libéraux redoutable, ou simplement inconcevable dans la culture du « colloque singulier », alors même que la présence d'un stagiaire peut constituer, on l'a constaté, une stimulation remarquable.

En sus du stage chez le praticien, le cheminement des résidents dans les différents types de services est devenu au fil des ans de mieux en mieux balisé en fonction des exigences prévisibles de leur exercice futur – même si des problèmes pratiques de disponibilité peuvent contrarier le schéma théorique arrêté. Sont désormais prévus en principe un stage aux urgences, un stage en « pôle mère-enfant » (maternité et/ou service de pédiatrie), un stage dans un service de médecine adulte (médecine interne ou polyvalente)¹¹. Des procédures de visite et d'agrément des services pour l'accueil des résidents puis internes de médecine générale sont par ailleurs intervenues, dans l'idée de mieux identifier et utiliser les potentiels de formation à la médecine générale qu'ils peuvent présenter. Le mouvement de création de dispositifs de formation et d'encadrement des étudiants de médecine générale s'est poursuivi avec la mise en place en 2004 d'un système de tutorat ainsi que d'un semestre supplémentaire de stage en ambulatoire dit SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), proposé au choix en 5^e ou 6^e semestre mais non imposé (la majorité des étudiants choisissant un stage hospitalier supplémentaire).

Cet ensemble de dispositifs correspond incontestablement à un gain en crédibilité, en qualité, en cohérence. Nul ne peut plus considérer dans les facultés que la médecine générale doive s'apprendre spontanément ou clandestinement, au fil d'un cursus qui ne dirait rien des spécificités de cet exercice. De gros efforts ont été consentis, au sein du CNGE et des DMG, pour formaliser et transmettre les savoirs et savoir-faire en médecine générale, bien que l'intérêt de cette forte orientation « pédagogie de la médecine générale » ne fasse pas l'unanimité. Les détracteurs, qui ne sont pas tous hostiles à la médecine générale, ont beau jeu de remarquer que l'attention portée aux modalités de la transmission a parfois pris le dessus sur les problèmes de définition des contenus exacts à transmettre, sans qu'il soit remédié par ailleurs aux insuffisances de régulation des dispositifs existants.

Quoi que l'on en pense, les DMG sont sans doute le lieu dans toute l'université française (avec les sciences de l'éducation) où l'innovation ayant trait à la pédagogie pour adultes a pris le plus de place, ce qui en soi mérite qu'on s'y attarde. Référence est volontiers faite par les promoteurs de ces pédagogies à un « modèle canadien » innovant dont ils disent s'inspirer. Le contraste dans le paysage français avec les styles d'enseignement des disciplines universitaires classiques, en médecine ou ailleurs, ne pose pas moins question : pourquoi ce point d'appui a-t-il été privilégié ? Que peut bien produire un tel déploiement de savoir-faire pédagogique dans la construction d'une légitimité et d'une valeur propre au sein des universités françaises ? L'attention portée à la forme de la transmission n'a-t-elle pas permis de fédérer un groupe de généralistes-enseignants en contournant le sujet plus difficile de l'évaluation de leur

10. On dénombre environ 4 000 maîtres de stage. Leur indemnisation pour l'accueil des internes, qui n'avait pas été revalorisée depuis 1997, l'a été à l'automne 2007.

11. Selon les facultés, ce canevas peut être complété par des stages plus courts dans différentes structures de soins primaires. Un stage auprès des médecins-conseils de la Sécurité sociale est également partout en vigueur.

pratique ? Rappelons que la distinction des maîtres de stage et de l'« élite généraliste » intervenant dans les enseignements des DMG s'est faite dans les années 1980 ou 1990 essentiellement sur la base de la cooptation, puis d'une participation précisément aux formations à la pédagogie médicale mises en place au CNGE. Les réseaux de formation médicale continue ont certes constitué un vivier important dans ces processus de recrutement, mais la qualité des pratiques au cabinet des médecins qui accueillent des stagiaires reste très opaque.

Un autre souci est que la formation à la médecine générale dispensée a parfois des accents volontaristes peu en phase avec les aspirations, hésitations ou curiosités des jeunes médecins. Bon nombre, même parmi les internes globalement « convertis » à la médecine générale, se sont plaints du sentiment d'être en présence d'un processus identitaire d'autoconfirmation de la valeur de la médecine générale éloigné de leurs propres attentes ou questions (Bloy, 2004).

Le développement d'une recherche en médecine générale de qualité dans les DMG reste, à quelques exceptions près, le gros point faible de cette construction. Il est pourtant certain que la consolidation universitaire de la discipline passe par là (de Pouvoirville, 2006 ; Bloy, 2008), et que les futurs généralistes tireraient intellectuellement grand profit d'une formation exigeante à (et par) la recherche que n'assurent pas les conditions de réalisation actuelles des thèses d'exercice (Levasseur et Schweyer, 2003). La pertinence d'une « recherche en médecine générale » ne semble pas encore acceptée par tous en France, malgré les exemples disponibles à l'étranger. Les statuts, moyens, structures suivent très lentement¹², seules quelques personnes peuvent consentir l'investissement en formation et disposer du temps nécessaire pour soutenir un travail de recherche sérieux et se professionnaliser dans cette activité. Dans un contexte de conquête d'une place universitaire, les ambitions excèdent encore la réalité quantitative et qualitative des productions (Levasseur et Schweyer, 2001). La masse critique de travaux qui permettrait de constituer un espace scientifique indépendant des considérations identitaires, syndicales ou politiques, avec ses exigences et principes de sélection/discussion autonomes, ne semble pas atteinte en France.

■ ■ Le DES de médecine générale et la réforme des ECN

En janvier 2004, la médecine générale est devenue par décret une spécialité. Généralistes-enseignants et militants de la médecine générale de la première heure y ont vu une consécration de leurs efforts, même si l'on peut juger paradoxal que

12. De premiers appels à projets en santé publique ont été ouverts aux sociétés de médecine générale dans les années 1990. *La Revue du praticien ; médecine générale* a lancé en 1994 un prix annuel de la recherche en médecine générale. Les choses se sont accélérées à partir de 2000, des institutions comme l'INSERM et la CNAMTS soutenant le mouvement. L'INSERM a notamment créé un comité d'interface avec la médecine générale en 2000, la CNAMTS contribue au financement de postes temporaires d'accueil de généralistes dans des unités INSERM, et de bourses pour les internes de médecine générale ou les jeunes médecins souhaitant se former à la recherche (sources : H. Falcoff « La recherche en médecine générale : une voie d'avenir ? » *La Lettre de l'internat*, à paraître, 2008). Tous ces dispositifs ne permettent pas une véritable montée en puissance, les élus, et d'ailleurs les candidats, restent très peu nombreux. Les quelques moyens alloués ne sont pas concentrés sur une structure ou simplement une équipe émergente identifiable pouvant préfigurer un futur laboratoire de recherche.

la reconnaissance des qualités de la polyvalence en médecine ait dû passer par l'étiquette « spécialité ». En tant que spécialité donc, la médecine générale a vocation à être proposée au choix des étudiants au même titre que les autres, en fin de deuxième cycle, dans une nouvelle procédure de classement et d'affectation des futurs médecins, les épreuves classantes nationales (ECN). Ces ECN remplacent le concours de l'internat, qui avait traversé maints changements de régime depuis ses lointaines origines en préservant sa dénomination. Tous les étudiants prennent part à cette évaluation originale. Il n'y a pas d'enjeu de validation car tous seront classés et se verront proposer au moins un poste d'interne. Mais la place obtenue dans ce classement national ouvre plus ou moins l'espace des choix, à la fois en termes de spécialité et en termes de localisation de la formation d'interne.

Pour la médecine générale, la rupture importante avec l'époque précédente est que le passage vers la médecine générale se déroulait auparavant à distance des procédures élitistes d'épreuves, classements et affectations (Hardy-Dubernet et Faure, 2006), et ne faisait pas non plus intervenir de choix en matière de mobilité géographique¹³. Les ECN ne laissent plus le choix d'aller concourir ou non, elles imposent à chacun de participer et de voir sa place publiée à tel ou tel rang. Le titre d'interne en médecine générale, désormais considéré comme recevable (l'internat n'est plus que le nom du troisième cycle des études médicales), marque la fin de la distinction symbolique entre le résident de médecine générale et l'interne héritier d'une prestigieuse tradition. Au passage, la durée de l'internat de médecine générale a été portée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale à six semestres, avec l'introduction du SASPAS (*cf. supra*). À première vue, la procédure des ECN s'apparente à une bourse des valeurs exemplaire. Tous les futurs médecins du pays semblent logés à la même enseigne, les meilleurs choisissent en premier. La cote des spécialités qui s'en dégage, parmi lesquelles la médecine générale, paraît immédiatement lisible.

Qu'en dire à l'issue des ECN 2004, 2005, 2006 ? La déception chez les partisans de la médecine générale a été à la mesure des espoirs qui l'avaient précédée. Symboliquement, la « meilleure » faculté, au vu de la distribution des notes de ses étudiants aux ECN de 2004 à 2006, La Pitié-Salpêtrière, se trouve être également celle qui produit le moins de généralistes... Plus grave, alors que la moitié environ des postes sont ouverts en médecine générale, ceux qui, au final, ne sont pas pourvus sont quasiment tous des postes de médecine générale en province (il en restait exactement 609 en 2004, 981 en 2005, 323 en 2006... s'y ajoutent quelques unités en médecine du travail ainsi, en 2004 seulement, qu'en santé publique et psychiatrie). Une analyse statistique plus fine fait apparaître que la fréquence du choix de la médecine générale ne cesse d'augmenter lorsqu'on recule dans le classement. À ce titre, la faible attractivité, voire la « désaffection », de la médecine générale est présentée comme une évidence empirique dans bien des écrits. Ce serait donc, selon la formule consacrée, que « tout change pour que rien ne change » et que, d'après les propos

13. Un autre élément fort serait que soient présentés aux étudiants des sujets ou des dossiers de médecine générale, posés et évalués par des généralistes. Ce changement est censé intervenir à brève échéance. En faisant des professeurs de médecine générale des professeurs des universités, la titularisation attendue va leur donner un accès de plein droit à différents jurys et présidences de thèse, et leur permettre de siéger au Conseil national des Universités.

désabusés des promoteurs de la médecine générale dans les facultés, « les jeunes ne veulent plus faire de médecine générale ». Pour expliquer ce résultat, les acteurs engagés soulignent à juste titre à quel point la médecine générale reste mal connue des étudiants, peu ou pas enseignée en deuxième cycle, méprisée dans bien des services hospitaliers. Ils ont beau jeu de rappeler que, alors que le principe d'un stage de découverte de la médecine générale en cabinet dès le deuxième cycle est inscrit dans la loi depuis 1997, le décret d'application n'est paru que fin 2006.

L'argument du problème de formation et d'information est pourtant insuffisant quand on remet en perspective, sur la base notamment des travaux d'A.-C. Hardy-Dubernet¹⁴, l'évolution des modalités d'orientation vers la médecine générale. Quoique l'on puisse penser des insuffisances de la situation actuelle, la formation et l'information sur cet exercice étaient beaucoup moins développées dans les périodes précédentes. Les étudiants ressentaient peut-être le manque, mais rien ne permet de dire que cela les retenait de se diriger vers la médecine générale. La piste des effets de procédure paraît beaucoup plus fructueuse (Hardy-Dubernet, 2000 et 2003; Hardy-Dubernet et Faure, 2006; Faure, 2008). On souhaite attirer par là l'attention sur les effets propres qu'une procédure peut avoir sur les comportements, comportements qu'elle est susceptible d'induire ou du moins de prédéterminer indépendamment des souhaits ou caractéristiques des individus qui s'y engagent. Ainsi la question du « choix » de la médecine générale ne se pose-t-elle absolument pas dans les mêmes termes aujourd'hui qu'il y a dix ou trente ans. Il n'était pas forcément nécessaire, dans les systèmes précédents, de « vouloir faire de la médecine générale » pour aborder de fait une carrière de généraliste. I. Baszanger pouvait écrire à la fin des années 1970 : « D'un point de vue institutionnel, l'étudiant futur généraliste n'a pas à reconfirmer le choix qu'il a fait en s'inscrivant à la Faculté de médecine. S'il va jusqu'au bout de ses études, il sera médecin généraliste. En ce sens, la médecine générale ne se choisit pas » (Baszanger, 1981, p. 235). Les systèmes de sélection/affectation successifs produisent donc des effets propres et pour bon nombre d'étudiants les notions ordinaires de choix ou de volonté de faire telle ou telle spécialité ne sont que partiellement pertinentes.

Nous allons expliciter le propos en examinant concrètement qui « choisit » la médecine générale à l'issue des ECN, et dans quelles conditions, pour mieux estimer ce que vaut réellement cette spécialité aux yeux des étudiants. La transparence des résultats est en effet largement illusoire, l'analyse empirique des préférences exprimées à l'issue des ECN beaucoup plus compliquée qu'il n'y paraît. Malgré la jeunesse du dispositif, nous disposons grâce aux travaux réalisés ou commandés par la DREES (Billaut, 2005a, 2005b, et 2006; Hardy-Dubernet et Faure, 2006; Faure, 2006; Vanderschelden, 2007a, 2007b; Faure, 2008) d'analyses fines et presque en temps réel de ce qui s'est passé lors des premières éditions.

La lecture est compliquée d'abord du fait d'un nombre de postes offerts qui se veut suffisant par rapport au nombre d'inscrits, tandis que par le jeu complexe des défaillances et des non-validations tous les inscrits n'iront pas au terme de la procé-

14. Outre les textes cités dans cette contribution, je m'appuie sur deux communications orales d'A.-C. Hardy-Dubernet : la première « Les ECN, observation de l'amphi de garnison et déterminants des choix », entendue dans le cadre du séminaire 3S de la DREES le 5 avril 2007; la seconde « Les ECN, pour ou contre la médecine générale ? » présentée au groupe de travail sur la médecine générale de l'ONDPS le 23 mai 2007.

de 12 à 13 % de l'effectif initial sur les années passées). Le système est ainsi fait que, chaque année, des postes ne seront pas pourvus. Et du simple fait de la procédure, ce qui est rare devient précieux : un bon classement vaut par ce qu'il permet d'obtenir de rare, auquel les candidats suivants ne pourront pas prétendre. « Dans ces conditions, retenir la médecine générale lorsqu'on a la chance de bien figurer au palmarès revient plus ou moins à décréter en entrant dans un magasin qu'un accessoire bas de gamme nous plaît davantage que les autres alors qu'on dispose des moyens de se les offrir tous », écrit Y. Faure (2008). On peut ajouter que se préparer pour réaliser une brillante performance aux ECN si l'on est sûr de vouloir faire de la médecine générale s'apparente à travailler la logique spécifique des épreuves pour la seule gloire d'un rang prestigieux.

Les stratégies de placement ont été observées en direct par l'équipe d'A.-C. Hardy-Dubernet et Y. Faure : ce qui peut rendre tel poste attractif, presque irrésistible, à tel moment de l'amphi de garnison est par exemple qu'il est le dernier de sa spécialité... Or, la médecine générale n'est pas rare et ne peut l'être : compte tenu des quotas de postes affichés pour les différentes filières, le rang « limite » en médecine générale est mécaniquement très élevé. « Même en générant un enthousiasme massif, la médecine générale est assurée d'être la dernière filière disponible dans chaque ville » (Faure, *id.*). En outre, le droit au remords qui permet aux internes de rectifier le cas échéant une première orientation malencontreuse fait qu'ils seront toujours à même de revenir vers la médecine générale. Tout cela fait que « des opportunités en médecine générale, il en reste toujours » (Faure, *ibid.*), dans une procédure où ce qui est disponible en nombre est sans grande valeur. Les observations des « choix » en train de se faire montrent parfaitement le caractère très contingent de l'attribution de valeur à une spécialité, dans un contexte d'interdépendance presque dans l'instant des décisions et d'émulation créé par la procédure. La manière dont sont prises ces décisions engageant *a priori* une carrière est parfois à des lieues de la représentation d'un choix informé et réfléchi¹⁵ qui serait conforme à une structure personnelle de préférences professionnelles bien établie. Le modèle romantique de la vocation pour tel exercice est encore moins pertinent, en dehors d'une minorité d'étudiants.

Mais une vision complète de la « performance » de la spécialité médecine générale aux ECN ne peut en rester à la mesure des postes non pourvus. Il importe aussi de signaler que la médecine générale commence à être choisie très tôt dans l'amphi de garnison (le premier choix est intervenu en 2006 au 43^e rang sur 4 989), ce qui est par exemple loin d'être le cas de la gynécologie médicale, de la médecine du travail ou de la santé publique. En 2005, ils étaient 18 généralistes parmi les 500 premiers et 27 parmi les 500 suivants. Des postes en médecine générale partent ainsi alors même que quasiment tous les autres choix disciplinaires sont encore ouverts.

15. A.-C. Hardy-Dubernet et Y. Faure mettent en évidence, dans les entretiens réalisés avec les futurs internes, une grande ignorance de la diversité des façons d'exercer les différentes spécialités au moment des choix. En ce qui concerne la médecine générale, elle est simultanément appréhendée par certains comme une spécialité risquant de mettre à mal la vie personnelle et recherchée par d'autres comme une spécialité où l'on peut organiser son temps de travail de manière indépendante et faire évoluer son exercice et son investissement au cours du cycle de vie... Ce dernier « argument » étant en train d'en faire ce que d'autres considèrent comme « une bonne spécialité pour une femme » (Hardy-Dubernet, 2005 ; Faure, 2008).

Pour mesurer de manière systématique les choix « en positif » de la médecine générale (*i.e.* lorsqu'on peut être sûr qu'ils traduisent une préférence de la médecine générale à au moins une autre spécialité accessible à l'étudiant au même endroit), Y. Faure a construit un indicateur original neutralisant la mobilité (Faure, 2006). Dans une démarche proche, l'étude de M. Vanderschelden (2007a) permet de comparer systématiquement l'attractivité des différentes filières et aboutit à des résultats concordants. On ne considère donc plus que les choix formulés par des candidats qui avaient une alternative au sein de la région retenue entre la médecine générale et au moins une autre spécialité. Cette nouvelle lecture des préférences a fait apparaître la médecine générale en 2006 en 3^e position chez les femmes (derrière les spécialités médicales suivies de la pédiatrie), et en 4^e position chez les hommes (derrière les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales puis l'anesthésie-réanimation), sur un classement de 11 filières au total¹⁶. À la nouvelle bourse des valeurs des ECN, et malgré les effets de procédure signalés plus haut qui en font un choix pouvant être assimilé à déclassement pour tout étudiant bien placé, la médecine générale n'est donc pas que reléguée dans les queues de classement. Cette histoire reste donc ouverte.

L'histoire nationale des structures, institutions et procédures pèse incontestablement très lourd dans la construction des représentations de la valeur de la médecine générale par rapport aux autres orientations accessibles aux étudiants en médecine. L'évolution des règles du jeu a profondément reconfiguré en 1958, 1984, et enfin 2004, la nature de l'acte par lequel un étudiant en médecine « complet », ou « moyen », ou indécis, se porte vers telle ou telle orientation. Plus généralement, les soins primaires et le statut de ceux qui les exercent n'ont pas été constitués en enjeu sérieux en France jusqu'à une date récente, les travaux des historiens sont là pour l'attester. G. Weisz montre que dans le cas britannique, à l'inverse, un rôle central et bien défini pour les *general practitioners* a été pensé et institué à partir des années 1960 – même si cela ne suffit pas à en faire les égaux des spécialistes, ni en termes économiques ni en termes de prestige (Weisz, 2006). Les autorités sanitaires comme les responsables de l'enseignement de la médecine en France se sont préoccupés tardivement de la médecine générale, de la qualité de ses pratiques – objectivement peu soutenues par un cursus plus court et moins exigeant qu'en spécialités et par une formation continue longtemps laissée aux initiatives privées –, de ses étudiants qui ne rencontraient qu'incidemment avant 1997 les réalités de l'exercice futur.

On peut se demander pourquoi le tournant qui semble pris vers une meilleure considération de la médecine générale intervient maintenant. L'action militante des généralistes pour démontrer la valeur de leur pratique ne compte pas pour rien, mais elle est déjà relativement ancienne et a pris des allures de guerre d'usure – les pionniers peuvent, à bon droit, avoir le sentiment d'être, décennie après décennie, en situation de devoir « faire la preuve » de ce qu'apporte la médecine générale. Si le contexte paraît aujourd'hui raisonnablement porteur, c'est sans doute en raison de changements structurels dans l'appréhension des questions de santé. Le souci de maîtriser la dérive des coûts et l'attention aux indicateurs de santé publique ont

16. Voir pour l'actualisation de ces informations sur les ECN 2007 M. Vanderschelden (2007b), reproduite dans le tome 2.

beaucoup progressé au sein des autorités sanitaires. Un des principaux arguments est que l'investissement dans l'offre de soins primaires serait source d'efficacité pour le système de santé, tandis que la multiplication des spécialistes serait inflationniste pour un faible bénéfice en termes de qualité des soins – argument d'ailleurs difficile à acclimater parmi des praticiens formés dans une conception de l'acte médical qui a le patient singulier pour principale référence et tend à considérer la question des coûts sociaux induits par les actes des médecins comme exogène, malgré les timides progrès dans la prise en compte des raisonnements de santé publique. Par ailleurs, la prise de conscience de la reconfiguration des problématiques de soin sous l'effet du vieillissement, des maladies chroniques ou de la comorbidité, ainsi que le souci de prévention, viennent souligner l'intérêt de prises en charge à la fois globales et bien ajustées aux modes de vie des patients. Cette nouvelle donne pour la politique de santé ainsi que l'anticipation parfois dramatisée des évolutions démographiques mettent la médecine générale au carrefour des préoccupations. Sans doute ne s'y est-on jamais autant intéressé, le présent rapport en est un des signes.

Quid enfin d'une véritable inscription universitaire des généralistes et du développement de pôles de recherche en médecine générale d'une taille critique raisonnable, comparables à ceux qui existent dans des pays du nord de l'Europe ou au Canada ? Des étudiants ayant une ambition scientifique pourraient y voir une raison de ne plus dédaigner cette filière¹⁷... Sans même parler de ce qu'elle peut apporter à la compréhension puis à l'amélioration des pratiques, cette question d'une recherche de qualité qui ne tienne plus à l'investissement personnel soutenu de quelques individualités, mais à un fonctionnement institutionnel et à des financements normaux, autorisant des déroulements de carrière suffisamment prévisibles et prestigieux, est incontournable si l'on souhaite vraiment conférer à la médecine générale une légitimité complète au sein du monde scientifique et médical (de Pourvoirville, 2006).

Des réformes institutionnelles fortes sont donc possibles, qui créditeraient le travail des généralistes de plus de valeur et de légitimité dans le système de soins qu'on ne l'a fait en France jusqu'à présent. Le sens de l'attribution de la mention paradoxale « spécialité médecine générale » en serait plus lisible.

Il est pourtant probable que, même dans l'hypothèse d'une volonté politique claire, convertir le monde médical français à la valeur de la médecine générale reste une entreprise difficile, pour des raisons plus profondes abordées dans la partie suivante.

Modèles scientifiques et professionnels : quand le généraliste doit faire la preuve de sa valeur

L'histoire institutionnelle de la médecine générale en France aide à comprendre les difficultés passées ou présentes à considérer la médecine générale comme une discipline médicale à part entière. Quelle que soit la pertinence de cet éclairage, il ne

17. La nomination des 16 premiers chefs de clinique en médecine générale, en novembre 2007, va dans ce sens. Signalons la tenue, en juin 2007, de la première Journée nationale des jeunes chercheurs en médecine générale (JCMG).

permet pas d'expliquer la position de la médecine générale au-delà de nos frontières. Si elle est souvent mieux connue et reconnue dans d'autres contextes nationaux (Weisz, 2006), cela ne suffit nulle part à en faire une spécialité biomédicale prestigieuse¹⁸. On tentera donc dans cette partie de dépasser les singularités de l'histoire française pour tenter de comprendre dans une perspective plus ample ce qui, dans la fonction même du généraliste, dans son inscription particulière entre patients et médecines de spécialités (au sens classique), vient compliquer l'affirmation d'une valeur scientifique et professionnelle propre. Sans chercher ni à les citer de manière exhaustive ni à en exposer aucun en détail, on mobilisera ici deux types de travaux : ceux issus de l'histoire ou l'anthropologie de la médecine, qui aident à situer la médecine générale par rapport aux modalités de constitution du savoir et de l'expertise biomédicales ; ainsi que ceux de sociologie des professions, qui décrivent les enjeux inhérents à la division du travail entre professionnels, plus ou moins spécialisés et équipés techniquement, au contact des profanes.

■ ■ Une médecine générale en tension avec le modèle biomédical

On peut en effet extraire de cette littérature importante (en grande partie anglo-saxonne¹⁹) des arguments synthétiques éclairant la constitution et le fonctionnement des hiérarchies explicites ou implicites produites de manière endogène par le monde médical.

L'histoire de la biomédecine occidentale depuis le XIX^e siècle montre ainsi que l'essentiel des avancées diagnostiques, puis thérapeutiques, s'est fondé sur une compréhension de plus en plus organique, technique et décontextualisée de la maladie. S. Karsenty résume : « Objectiver une plainte, localiser une lésion, prescrire une thérapie étrangère à l'expérience du patient et dont le mode d'action est considéré comme d'autant plus efficace qu'il est indifférent à l'idée qu'en conçoit ce dernier, voilà le passage obligé de la réussite médicale moderne » (1986, p. 332). On dira, en forçant le trait, que le regard s'est déplacé des malades aux maladies, aux organes, aux cellules – il ne s'agit pas de nier tout ce que la thérapeutique moderne doit à ces modes d'objectivation (et de réduction), mais de constater que détourner le regard de l'inscription sociale ou environnementale des hommes et de leurs pathologies a considérablement inhibé le développement d'autres modes d'appréhension de la maladie et la santé (Canguilhem, 1966). Or, la médecine générale, aux prises

18. Il n'est que de relever la condescendance et la désinvolture avec lesquelles E. Freidson, très grand sociologue de la santé américain par ailleurs, se laisse aller à parler des généralistes : « Le généraliste peut trouver un bonheur authentique dans le défilé des cas mineurs (la "poubelle", comme disent les spécialistes), l'imposition des mains, les visites à domicile chez de braves gens chaleureux – tout le côté humain de la médecine, mais peu de science. Il se dira peut-être un jour de dépression qu'il n'a pas réussi, ni socialement ni professionnellement, parce qu'il n'est pas un spécialiste, qu'il ne travaille pas dans un domaine précis et qu'il ne soigne pas les cas intéressants » (p. 113). Ou encore : « Le charlatan correspond à un cas limite : c'est en effet un praticien qui n'a pas d'obligations envers un milieu professionnel et pas d'identité avec lui. Tout de suite après vient le généraliste établi à son compte, dans un quartier ou dans un village, qui entretient, dans la meilleure éventualité, de vagues rapports avec ses confrères ou les institutions médicales de la localité » (Freidson, 1984, p. 117).

19. On peut se reporter, pour une présentation en français de l'essentiel de cette littérature, à Herzlich (1970), ou à Carricaburu et Menoret (2004).

avec une personne « globale », inscrite dans son cadre de vie et son tissu social, se trouve en forte tension avec ce mode dominant d'intelligibilité de la maladie et cette vision de la réparation avant tout technique de l'organe lésé. Elle peine à se positionner dans ce programme de connaissance et d'action. Face à une forme d'industrialisation des pratiques médicales, elle représente un pôle artisanal aux savoir-faire pour partie empiriques et difficilement objectivables, voire avouables. Certains vont la situer à l'arrière-garde des évolutions scientifiques majeures, d'autres en marge, ou d'une certaine manière à l'avant-garde par son expérience des limites des formes médicales aujourd'hui dominantes. Son inscription en bonne place à la bourse des valeurs de la grande biomédecine occidentale s'en trouve dans tous les cas compliquée²⁰. Pour les jeunes praticiens dont l'essentiel de la formation médicale se fait à l'hôpital, l'expérience du décalage entre la médecine enseignée et les plaintes à prendre en charge en cabinet reste une réalité qui exige d'eux un certain nombre d'adaptations pratiques et cognitives (Baszanger, 1981 et 1983 ; Muel-Dreyfus, 1984 ; Karsenty, 1986 ; Membrado, 1993), qu'ils envisagent d'ailleurs diversement et ne sont pas tous prêts à consentir (Bloy, 2004 et 2005).

Concernant ces années de la socialisation médicale (c'est-à-dire de la fabrication d'un médecin doté des caractéristiques sociales et morales attendues de ses pairs et de ses patients), cruciales pour l'acquisition des valeurs et de la culture du monde médical, les travaux américains réalisés dans les années 1950, en plein « âge d'or » du progrès médical et thérapeutique, restent extrêmement précieux (Merton *et al.*, 1957 ; Becker *et al.*, 1961)²¹. L'intégration au cours du cursus d'une hiérarchie implicite des patients, des pathologies et des situations d'apprentissage recherchées par les étudiants, au détriment d'autres, est particulièrement bien décrite dans le travail de l'équipe de H. Becker.

Dans un texte rétrospectif plaisant, H. Becker (2002, p. 239 et s.) relate ainsi comment il a découvert sur le terrain hospitalier la désignation désobligeante de certains patients par les étudiants en stage à l'hôpital comme « rosses »²² et la portée de cette catégorisation, au-delà de l'anecdote, pour comprendre ce qui fondait la valeur médicale d'un patient pour un étudiant de l'époque. Il est ressorti d'un long travail d'explicitation mené avec les étudiants pour arriver à en préciser les contours et attributs exacts qu'une « rosse » est, dans un service de médecine, « un patient qui se plaint de beaucoup de maux sans avoir de pathologie physique discernable » (p. 244). La catégorisation de certains patients, et/ou motifs de consultation, comme inintéressants pour les hospitaliers et les étudiants en quête de situation d'apprentissage, révèle ici directement les principes de hiérarchisation que manipulent de manière implicite les professionnels. Il en ressort que la confrontation quotidienne avec les plaintes des « rosses », qu'on les désigne comme fonctionnelles, psychosomatiques ou psychosociales, globalement peu éclairées par les savoirs de la faculté, n'offre

20. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas d'entrée médecine générale (ni omnipratique ni soins primaires), ni même de mention à l'index dans le volumineux et très riche *Dictionnaire de la pensée médicale* paru en 2004 sous la direction de Dominique Lecourt. Faudrait-il en déduire que la médecine générale est étrangère à l'épistémologie médicale ?

21. Une présentation synthétique en français de ces recherches est disponible dans Darmon (2006).

22. Traduction curieuse de *crocks*...

pas dans les services, selon les mots de Becker, « d'énigme médicale à résoudre ». En sus de ne pas offrir aux étudiants des occasions d'apprentissage jugées stimulantes, et de demander beaucoup d'écoute et donc de temps, les « rosses », explique-t-il, mettent en péril la capacité des médecins à intervenir de manière spectaculaire pour changer le cours des choses, valeur cardinale chez les acteurs étudiés²³.

Ces observations gardent une pertinence remarquable. Les modèles médicaux sont probablement plus divers aujourd'hui, le modèle curatif est notamment relativisé par la montée des maladies chroniques, la médecine préventive et la santé publique semblent gagner du terrain... Il n'empêche que les travaux consacrés aux étudiants en médecine français de ce début de siècle (Hardy-Dubernet et Gadéa, 2005 ; Bloy, 2004) soulignent la prégnance de cette vision techniciste et quasi positiviste chez certains jeunes médecins qui s'alignent sur un modèle traditionnel de médecine curative triomphante (qualifié parfois dans les promotions de « modèle de la *réa* »). La question du statut médical des plaintes qui remontent sans filtre au généraliste et n'ont souvent de consistance que symptomatique est régulièrement posée par les internes. Dans la filière médecine générale, tous ne lui donnent pas la même réponse. Si le terme de « rosse » ne paraît guère en vigueur, les étudiants qui portent un regard péjoratif sur tous ces maux indistincts ou jugés mineurs, qui ont plus de réalité pour les profanes qui les exposent que pour la Faculté qui forme le regard médical, parlent volontiers de « bobologie », ou vulgairement de « conneries », qu'ils désignent comme le lot de la médecine générale. De manière moins méprisante, la réalité de cette symptomatologie mal étayée est suffisamment massive pour avoir amené la Société française de médecine générale à relativiser la notion de diagnostic en médecine générale pour lui préférer celle de « résultat de consultation ». Ces patients et ces problèmes de santé dévalorisés sont finalement des patients dévalorisants pour les capacités d'action de la biomédecine telle qu'enseignée dans le milieu hospitalo-universitaire. Ils sont aux antipodes de ce que l'on continue d'appeler « un beau diagnostic » voire « un beau malade ». Or, c'est en médecine générale que ces plaintes se présentent et se représentent dans la durée de prises en charge condamnées à ne pas être spectaculaires... et que le médecin est tenu de les entendre, là où le spécialiste est fondé à éconduire la plainte après les quelques vérifications techniques d'usage dans son domaine.

L'anecdote des rosses et les différents travaux qui en confirment la portée permettent de pointer des raisons structurelles d'un écart culturel important entre les conceptions de l'action médicale, et donc de l'autorité et la dignité professionnelles, à l'œuvre en médecine générale, et celles privilégiées dans les spécialités plus prestigieuses. Ils ouvrent aussi sur la difficulté pour le médecin généraliste libéral de garder la maîtrise de la relation et de la définition de la situation face au patient, difficulté bien documentée en sociologie de la profession médicale.

23. « Pour eux, la vraie récompense du métier de médecin, c'était de pouvoir "faire quelque chose" et de voir son patient guérir. Mais vous ne pouvez pas réussir de miracle de la médecine sur quelqu'un qui n'a aucune pathologie physique. Étant donné que, pour les étudiants, les rosses n'étaient pas "vraiment malades", elles n'étaient d'aucune valeur en tant que matière à miracles potentiels. Nous avons appelé plus tard cette attitude "la perspective de la responsabilité médicale" (...). La plus étrange de ses ramifications (au moins pour le profane) était l'idée que vous n'exerciez pas totalement votre métier de docteur si vous ne risquiez pas de tuer vos patients en ratant ce que vous faisiez » (Becker, 2002, p. 248).

■ ■ Subordination ou autonomie professionnelle ?

La sociologie des professions s'accorde à considérer que le corps médical a globalement réussi une construction historique remarquable en termes d'autonomie professionnelle (Parsons, 1951 ; Freidson, 1984). Au sein de ce corps toutefois, toutes les postures ne sont pas équivalentes. Des travaux ont examiné, à partir d'une observation précise de l'activité des médecins dans différents contextes de travail, de statut et d'emploi, les risques d'une subordination d'une part au patient, d'autre part aux médecins des autres spécialités.

E. Freidson a particulièrement travaillé la question de la « dépendance au client » et ses effets en médecine. Il distingue deux types de médecine, l'une s'exerçant dans la dépendance aux pairs (les autres médecins, dont procèdent réputation et adressage...) et l'autre se pratiquant à distance des pairs et principalement sous le jugement des patients. E. Freidson montre que l'inscription des médecins libéraux, et plus encore des généralistes libéraux, dans la proximité et la dépendance économique aux patients qui les sollicitent et dont ils tirent leur revenu menace la construction de leur autonomie professionnelle. Ce processus retentit sur la valeur sociale et professionnelle du généraliste, plus accessible, plus soumis à influence, et donc moins impressionnant que le spécialiste. M. Bungener et I. Baszanger résument : « Les malades contrôlent ainsi partiellement la relation et le contenu même du travail des médecins généralistes. La question posée à travers ce rapport particulier de clientèle est celle de la capacité des patients à influencer le déroulement de la relation et donc la démarche thérapeutique, ce qui contribue à l'image sociale d'une médecine générale déqualifiée » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 30).

Cette difficulté est bien documentée dans les travaux contemporains étudiant le travail médical des généralistes, par exemple dans l'étude que S. Rosman (2006 et 2008) a consacrée aux pratiques de prescription en France et aux Pays-Bas, où la situation apparaît très différente de la nôtre : l'accès au généraliste pour les motifs de consultation bénins est rendu improbable pour les patients, la rémunération se fait principalement à la capitation, il n'y a jamais d'échange d'argent en fin de consultation. La capacité d'émancipation du professionnel par rapport aux demandes du patient favorise le maintien d'une ligne professionnelle ferme, soutenue par une forme de contrôle social entre pairs dissuasive pour les prescripteurs s'éloignant du standard (cet argument n'épuise pas les termes de la comparaison, d'autres éléments culturels et organisationnels entrent naturellement en ligne de compte). Dans le cas français, à l'inverse, le médecin généraliste libéral peut s'autoriser une grande liberté vis-à-vis de ses pairs (s'il est prêt à en assumer les conséquences), mais travaille sous une contrainte forte de satisfaction du patient et de réputation à constituer auprès des profanes : en tant que libéral, la pérennité de son revenu en dépend, et en tant que médecin de premier recours il bénéficie peu de l'adressage d'autres professionnels.

La dimension économique de la dépendance au patient se complique donc d'une prise en compte du jugement profane sur son activité, de nature à contrarier l'affirmation d'une position professionnelle autonome de ceux qui n'entendent pas la médecine. Le généraliste libéral peut difficilement camper sur un « quant-à-soi professionnel », sa position dans l'offre de soins fait qu'il travaille en prolongation plutôt qu'en rupture avec les représentations communes de la maladie ou du traitement (Fernandez,

2000). Cette ouverture, cette accessibilité aux manières de voir et de percevoir des profanes pourraient être aussi bien source de grandeur que de servitude selon qu'elles servent le projet d'une médecine humaniste attentive au patient ou celui d'une médecine commerciale à moindre rigueur intellectuelle. Compte tenu du primat accordé dans la médecine occidentale à l'objectivation et la domination techniques de la maladie par des procédés rompant avec l'expérience profane et le sens commun, la proximité et la disponibilité au patient, la composition durable avec ses plaintes, qui sont prioritairement le lot des généralistes, sont des sources de dégradation symbolique potentielle²⁴.

Nuançons toutefois : les généralistes, dès lors qu'ils sont assurés d'une certaine activité, ne sont ni passifs ni impuissants vis-à-vis de la demande qu'ils drainent. Les récents travaux de F. Bouchayer (2008), A. Giami (2008) ou A. Sarradon-Eck (2008a), par exemple, étudient finement les processus de « profilage » d'une clientèle ou d'une activité mis en œuvre, qu'il s'agisse de l'évitement de certains patients ou consultations, d'« éducation » des patients, de développement d'une forme de « spécialisation informelle ». L'idéal du « service au client » (Vega, 2007a) a ses limites. Les stratégies mises en œuvre permettent dans bien des contextes de reconquérir certaines marges de manœuvre et de desserrer la dépendance aux patients, voire de s'approcher du confort d'une position plus valorisée de spécialiste (en termes de contrôle de sa disponibilité aux patients, de maîtrise d'une compétence ou une technique rare, voire de posture d'expert sollicitable en deuxième recours). A. Vega (2007b) montre même que cette capacité d'aménagement de la dépendance aux patients alliée à une prise d'assurance cognitive sur certains domaines davantage investis est une des clefs des fins de carrière tardives heureuses en médecine générale libérale.

Le généraliste est également placé fréquemment dans une position peu valorisante par rapport aux autres professionnels dans la division du travail médical. Il convient certes de d'abord rappeler que les généralistes bénéficient de plein droit de tous les attributs consentis à la profession médicale²⁵ (monopole d'exercice de la médecine, autonomie du contenu du travail, autonomie de prescription, participation aux instances en charge de la régulation conventionnelle ou ordinale). On a déjà vu toutefois qu'ils participent peu au contrôle de la reproduction du groupe professionnel et à la formation des membres du corps (*a fortiori* de son élite), comme à la production de connaissances nouvelles. D'autres travaux révèlent une position inconfortable des généralistes dans les relations entre professionnels. Dans la divi-

24. De manière paradoxale, réussir à mener à bien ce travail de prise en charge dans des conditions sociales ou relationnelles difficiles vaut en même temps, dans le discours des intéressés, démonstration des compétences et de l'utilité propres du médecin généraliste, et donc des gens du métier.

25. Cet élément de droit rend selon nous approximative la filiation entre officiers de santé du XIX^e siècle et généralistes d'aujourd'hui, qu'établit M. Jaisson en s'appuyant sur le fait que les généralistes ont une formation plus courte, des honoraires moindres, une sphère d'action plus locale que les spécialistes... comme avant eux les officiers de santé par rapport aux médecins en titre (Jaisson, 2002). L'homologie ne fonctionne qu'au prix d'une sorte de court-circuit historique car elle revient à ne faire aucun cas du mouvement d'uniformisation du corps médical intervenu à la fin du XIX^e siècle, aux effets politiques pourtant considérables pour la profession : unité et omnivalence du titre, du lieu de formation, avec le concours de l'État qui a consacré le monopole d'exercice de la médecine et reconnu à tous les médecins le droit de s'installer sur tout le territoire.

sion du travail médical, le généraliste est celui qui a vocation à être dépassé lorsqu'il est en présence de ce que les spécialistes désignent à la table des valeurs médicales comme les « beaux » diagnostics, et donc à faire appel à plus compétent que lui dans tel ou tel secteur du savoir. Aux yeux de beaucoup d'étudiants en médecine, cela revient à « devoir passer la main dès que ça devient intéressant ». Vis-à-vis de ces spécialistes et des dernières données de la science, le généraliste apparaît, selon l'expression de P. Urfalino *et al.* (2001), comme une sorte de « mauvais élève structurel ». Ses diagnostics et stratégies thérapeutiques sont référés, du moins pour les choses considérées comme sérieuses par la biomédecine, à des compétences et lignes d'action définies par des spécialistes, que ce soit dans le cadre de pratiques quotidiennes d'adressage ou d'évaluations plus formelles²⁶.

Les contraintes et risques inhérents aux relations du médecin généraliste avec ses correspondants spécialistes ont été étudiés finement par I. Hémerly-Bourgeois (2007) et A. Sarradon-Eck *et al.* (2004). Ces travaux montrent bien les enjeux d'une régulation qui préserve la position, les initiatives et la légitimité du généraliste. Inversement, les médecins généralistes se plaignent lorsqu'ils se sentent dédaignés des spécialistes ou institutions recevant leurs patients, ou lorsque ces derniers leurs réclament des prescriptions de spécialistes établies sans concertation, qu'ils n'approuvent pas forcément.

Le positionnement d'expert de premier recours apparaît ainsi particulièrement compliqué face à l'essor des savoirs spécialisés. Dans la terminologie d'A. Vega (2007a), c'est un idéal d'autonomie du travail et de responsabilité médicale qui se trouve alors pris en défaut. Il reste au généraliste à valoriser sa fonction de synthèse et de coordination, mais les difficultés à l'assurer concrètement sont importantes, à la fois pour des raisons matérielles et symboliques. M. Bungener et I. Baszanger n'hésitent pas ainsi à affirmer que « l'appel récurrent au rôle des médecins généralistes comme pivot des soins, première étape d'une prise en charge plus globale, n'est pas compatible en pratique avec leur position symbolique hiérarchique de subordination professionnelle » (Bungener et Baszanger, 2002, p. 22). Les enquêtes rapprochées réalisées par observation et entretiens sur la place et le rôle effectifs des généralistes dans les réseaux de soins informels montrent combien est contrariée la concrétisation de l'idée de bon sens d'un généraliste « pivot » du système de soins (Sarradon-Eck *et al.*, 2004; Sarradon-Eck, 2008b)²⁷.

En sus de la relation aux spécialistes, il convient de dire un mot des possibilités qu'ont les généralistes de déléguer à un personnel moins qualifié, qui leur serait éventuellement directement subordonné, toute une série de tâches, pour se concen-

26. Les tentatives d'inversion du stigmatisme sont une base de la sociabilité entre généralistes, qui ironisent volontiers sur les spécialistes « qui savent presque tout de presque rien » ou citent avec une certaine complaisance les patients qui s'en remettent à leur généraliste garant d'une forme de bon sens médical sitôt sortis de l'hôpital. Le propos fait irrésistiblement penser à ce qu'A. Abbott considère comme la stratégie clef de toute compétition interprofessionnelle : « réduire le travail d'un concurrent à une version (incomplète) du sien » (Abbott, 1988).

27. La réforme du médecin traitant a été l'occasion de souligner l'importance des fonctions de coordination et de synthèse pour une bonne prise en charge. Bien que massivement choisis par les patients comme médecins traitants, les généralistes n'ont pas été désignés dans les textes comme spécifiquement compétents pour assurer ces fonctions requérant un minimum de polyvalence. Les effets du rôle de *gate keeper* (pour l'accès aux spécialistes) sur la valorisation des généralistes sont ambigus, tandis que l'option du médecin référent qui leur était réservée (sans avoir rencontré grand succès) a été abandonnée.

trer sur les plus intéressantes en termes de contenu médical. Les textes classiques d'E. Hughes ont montré en sociologie des professions l'importance de cette capacité de déléguer ce qu'il appelait le *dirty work* (« sale boulot », c'est-à-dire les tâches contribuant à la dévalorisation matérielle ou symbolique de celui qui les exerce) pour fonder ou préserver sa propre valeur professionnelle (Hughes, 1996). Dans le cas de la médecine libérale française, ces possibilités ne sont pas vraiment instituées, si l'on excepte le travail administratif confié aux secrétaires médicales. Des formes de recours aux personnels paramédicaux libéraux (infirmières notamment) peuvent néanmoins avoir cette fonction d'évitement.

Une dernière série d'arguments sur la valeur relative de certains professionnels de santé par rapport à d'autres et dans un système qui les lie à d'autres est celui des différences de recrutement social et géographique. Par une sorte d'effet miroir, la valeur d'un professionnel est ici constituée en reflet des caractéristiques sociales des patients qui choisissent de le consulter. Plus ceux-ci viennent de haut et de loin, plus l'affirmation de la valeur de celui-là est éclatante, pas seulement en termes économiques. Soigner les plus puissants, les plus riches ou les plus savants ne laisse pas indifférent dans le monde médical, libéral ou hospitalier.

Ces différences sont bien documentées dans le cas des généralistes et spécialistes français, qui ne sont pas également accessibles aux patients de toutes conditions sociales. L'accès aux spécialistes et, plus encore, le droit d'aller voir d'emblée un spécialiste (Breuil-Genier, 2000) varient selon la catégorie socioprofessionnelle, ils sont positivement corrélés avec le capital économique comme avec le capital culturel. En d'autres termes, les patients les plus avertis ou les plus aisés ont un seuil bas de consultation des spécialistes, qu'ils ont pris l'habitude de déterminer eux-mêmes plutôt que de s'en remettre au jugement du généraliste. Ce dernier sera plutôt sollicité pour l'obtention de rendez-vous rapides, situation pas toujours bien vécue. Les usages dévalorisants du généraliste sont donc aussi le fait de patients (Fernandez, 2000). À l'autre extrémité de l'échelle sociale, on sait que l'accueil des patients démunis ou marginaux n'est pas toujours souhaité dans les cabinets libéraux. Même si les enquêtes testant les refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) font état de comportements discriminatoires beaucoup plus rares chez les généralistes que parmi les spécialistes ou les dentistes (Desprès et Naiditch, 2006), le discours sur les abus et exigences supposés (en l'absence de trace de surconsommation dans les statistiques les concernant) de ces patients revient fréquemment en entretiens.

La géographie, socialement différenciée, des lieux d'exercice et de recrutement des patients achève ce tour d'horizon. Sans surprise, le généraliste est assigné au local, à l'exception des médecins qui participent à la représentation de la profession au niveau régional ou national ou à l'enseignement universitaire. Il est banal de rappeler que les généralistes sont quasiment les seuls médecins à exercer en territoire rural ou très défavorisé. M. Jaisson s'est attachée dans les années 1990 à décrire finement les modalités d'inscription territoriale de médecins bourguignons, en reconstituant trajectoires et réseaux professionnels. À la différence des spécialistes, les généralistes de son échantillon apparaissent complètement tributaires de l'espace médical local où se situaient toutes leurs ressources (Jaisson, 1995). L'accessibilité, la disponibilité aux patients tout-venant et le fait de se rendre à domicile continuent

de distinguer nettement dans le paysage français les généralistes des médecins spécialistes. Cette situation peut être agréablement vécue. A. Sarradon-Eck (2008a) montre des généralistes de campagne qui ont investi précisément le milieu rural comme celui où ils peuvent pleinement faire leur métier, être « de vrais généralistes » dans une distance certaine aux spécialistes et espérer faire la démonstration incontestable de leur utilité face à des patients présentés comme encore spontanément confiants²⁸. La valorisation de l'exercice peut emprunter cette voie traditionnelle, tandis que les consommateurs éduqués, réputés exigeants, de la ville n'ont pas toujours aussi bonne réputation, par exemple parmi les remplaçants qui peuvent faire la comparaison. Cet argument produit pourtant des effets paradoxaux en termes de valorisation ou de professionnalisation du travail du généraliste. La proximité et la dépendance économique au monde profane exposent à ce que les anthropologues appellent un risque de contamination symbolique qui compromet la revendication d'une posture d'expertise.

■ Dissonances et tensions autour de cette évidence

À rebours des parties précédentes, et pour compléter cette revue de connaissances sur la valeur de la médecine générale, on voudrait faire entendre les arguments dissonants, ceux qui émaillent bien des études sur la médecine générale sans en donner la tendance générale. Il est entendu que la médecine générale a été ignorée ou reléguée vers le fond de la hiérarchie médicale par des effets de procédures et d'institutions, et que les généralistes vivent les ambiguïtés d'une profession qui s'exerce sous le jugement des patients. Pour autant cette représentation péjorative ou misérabiliste n'est pas toute l'histoire, et elle se complique lorsque l'on considère de plus près pratiques et praticiens sans réduire leur diversité. Il est assez aisé de montrer que l'histoire récente des médecins généralistes n'est pas qu'une variation sur la domination.

■ ■ Ce n'est pas toute l'histoire de tous les généralistes...

L'histoire individuelle comme collective des médecins généralistes ne se résume pas à un combat éternellement recommencé pour gagner un peu de reconnaissance. On fera d'abord état des passerelles entre la médecine générale et l'élite médicale, avant de parler des réalisations collectives des médecins généralistes engagés depuis quelques décennies sur d'autres fronts que celui de la reconnaissance universitaire déjà évoqué.

L'enquête *Cinquante Ans d'exercice de la médecine...*, réalisée par questionnaires en 1989 auprès de quelque 5 500 médecins retraités (Herzlich *et al.*, 1993), constitue un témoignage exceptionnel sur les médecins du siècle dernier. Elle a permis de

28. Ce discours est déjà bien présent parmi les internes de médecine générale de province qui ont l'expérience du milieu rural, mais il entre évidemment en balance avec d'autres arguments tels que le cadre de vie souhaité, l'activité du conjoint, la pénibilité, les gardes et l'isolement en cas de problème...

reconstituer les trajectoires des médecins, retraités au moment du questionnaire, sur une période d'exercice allant des années 1930 aux années 1980. De ce travail de référence, nous ne retiendrons que la mise en évidence d'un profil de carrière, certes minoritaire (16 % des généralistes de l'enquête, soit 6 % des répondants), désigné comme celui de l'« élite de la médecine générale ». Les auteurs distinguent ces médecins généralistes de leurs confrères ayant exercé à plein temps en cabinet libéral sur le faisceau de critères suivant : exercice de la médecine générale très urbain et même très parisien, partiellement en cabinet et simultanément dans divers autres cadres (la plupart déclarant au moins trois modalités d'exercice), activité particulièrement rémunératrice. Cette élite généraliste constituait le groupe le moins conventionné de l'enquête, avec 19 % de médecins non conventionnés, dans un contexte où le droit au dépassement était accordé plus chichement aux généralistes qu'aux spécialistes. La comparaison de leurs revenus à ceux des autres médecins permet à M. Bungener et G. Paicheler de dire (sur la base de la même enquête) que « la médecine générale à poly-exercice important s'avère en définitive plus rémunératrice et plus rentable que l'exercice spécialisé, peut-être du fait de sa rareté relative » (Bungener et Paicheler, 1994, p. 169). Au-delà de cette situation économiquement favorable, ces praticiens déclarent souvent avoir été formés à une spécialité²⁹ et/ou avoir eu des fonctions enseignantes. Leurs conditions concrètes d'exercice, reconstituées par le questionnaire, semblent rapprocher ces médecins des spécialistes de l'enquête. Ils ont généralement des origines sociales supérieures, ont moins connu de problèmes financiers pendant leurs études que la moyenne, et, disent les auteurs, « leur poly-exercice manifeste une capacité d'utiliser au mieux toutes les possibilités d'un "marché de la médecine" en développement, d'y occuper une multiplicité de positions » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 107). Ces généralistes cumulent ainsi ce que la base appelle des « places ».

Cette recherche, unique en son genre, rappelle utilement la diversité des conditions de généralistes et l'ancienneté de la distinction d'une minorité dotée de solides avantages économiques et sociaux. Aucune autre étude, à notre connaissance, n'a été consacrée à la fraction des généralistes les mieux placés selon divers critères (revenus, notabilité locale ou nationale, maîtrise des conditions de travail, du déroulement de carrière, etc.).

Une autre entrée est de considérer le rôle des collectifs de généralistes dans l'histoire récente, qui n'est pas négligeable. Les généralistes ne peuvent pas être taxés d'immobilisme et leur histoire collective n'est pas celle d'une dégradation inexorable de leur condition face à laquelle ils seraient impuissants. Leur mobilisation pour l'entrée de la médecine générale à l'université, sur laquelle nous ne reviendrons pas, est loin d'épuiser le sujet. D'autres fronts ont été ouverts, détaillés par exemple par D. Broclain (1994), qui fait remonter la défense active de la médecine générale à l'après-guerre avec l'action du docteur Valingot³⁰, président de la branche omnipraticiens au sein de la CSMF. Il paraît difficile de parler d'une marginalisation de la médecine générale au sein du mouvement syndical. Les généralistes ont ainsi clairement pesé sur la

29. Rappelons le flou qui a prévalu jusqu'en 1949 sur la question de la formation des spécialistes. 48 % des membres de cette élite-généraliste disent avoir été internes.

30. On lui doit la création de la revue *L'Omnipraticien français* dès 1951.

sortie du conflit du conventionnement de 1960 (Hatzfeld, 1963; Herzlich, 1985; Broclain, 1994) qui a abouti à l'ordonnance décisive de mai 1960. Suite à la crise du syndicalisme médical pluricatégoriel qui a éclaté au début des années 1980 et donné naissance à l'UNOF en 1983, puis à MG France en 1986 (premier syndicat médical monocatégoriel, reconnu représentatif en 1988³¹), les généralistes élaborent rapidement une stratégie de plus en plus autonome. Depuis le milieu des années 1980, ils jouent leur carte propre dans le jeu compliqué des négociations conventionnelles (Robelet, 2003). Loin d'être à la traîne des spécialistes dans les relations avec les autorités sanitaires, ils défendent lors des conflits des intérêts propres. Ainsi, une forme de clivage généralistes/spécialistes a été instituée lors de la création des URML en 1993, composées de deux collèges distincts, et MG France a signé en mars 1997 la première convention spécifique aux généralistes. La question de la représentation de « la base » de la médecine générale libérale reste toutefois compliquée et fort mal stabilisée³², comme on le perçoit dès que l'on aborde le sujet en enquête, et comme l'a montré l'apparition d'une coordination généraliste en 2001-2002 puis d'un nouveau syndicat Espace généralistes aux élections des URML en 2006.

D'autres champs importants ont été investis par des généralistes, dès les années 1970 : celui de la formation médicale continue (l'UNAFORMEC fédère dès 1978 de premières associations de FMC de généralistes et impulse leur développement) ; celui, connexe, de la production et diffusion de connaissances à l'extérieur du monde universitaire avec la constitution de premières sociétés savantes³³ ... Des généralistes se sont également investis à partir des années 1990 dans le développement de divers réseaux, ambulatoires ou ville-hôpital, se saisissant des opportunités ouvertes par les dispositifs publics successifs pour promouvoir la fonction de coordination et de synthèse de la médecine générale et tenter de peser sur l'évolution de l'organisation et du financement des soins. D'autres ont repensé localement l'organisation de l'offre de soins en concevant des maisons médicales pluridisciplinaires innovantes dans leur fonctionnement ; d'autres encore se sont inscrits dans le mouvement de promotion de la qualité par l'édiction de normes de bonnes pratiques ou l'évaluation des pratiques, d'audit, etc., y voyant un levier d'action pour la valorisation de leur discipline et l'opportunité de constituer une forme d'expertise généraliste ; d'autres poursuivent la tradition des médecins-écrivains en prenant la plume à l'intention d'un large public pour mettre en scène, dans un roman ou un livre de témoignage, une forme de grandeur au quotidien de la médecine générale³⁴.

Beaucoup de ces généralistes « entrepreneurs » de tel ou tel projet sont simultanément investis dans d'autres groupes ou fonctions. Presque tous sont attachés à un DMG et sont maîtres de stage. On reconnaît ici, dans des formes plus contemporaines, l'aptitude au multipositionnement de l'élite-généraliste signalée par Herzlich *et al.* (1993), ce qui réduit d'ailleurs le nombre des praticiens durablement

31. Le Syndicat de la médecine générale est antérieur, mais il n'a jamais accédé à la représentativité.

32. La participation aux élections aux URML est de l'ordre de 50 %. Il est de coutume que le syndicat ayant signé la convention en vigueur subisse un revers aux élections suivantes.

33. Citons la Société française de médecine générale fondée en 1973, la Société française de thérapeutique du généraliste en 1977.

34. Signalons Bensaïd (1974), Carpentier (1978), Galam (1996), Winckler (1998) et Lehmann (2003) pour les productions les plus intéressantes.

mobilisés pour la promotion de la médecine générale dans les diverses instances qui leur sont accessibles. Ces recouvrements n'empêchent pas, paradoxalement, le manque d'unité. Le monde de la médecine générale est très divisé, la « base » a du mal à reconnaître une légitimité forte à son « avant-garde », celle-ci étant elle-même partagée. Diverses lignes politiques coexistent tant bien que mal mais affaiblissent la capacité d'action unitaire au-delà de quelques revendications de revalorisation économique ou statutaire transversales. Les questions ayant trait à l'articulation de la médecine générale aux principes historiques d'indépendance de la médecine libérale, hérités de la charte de 1927, continuent de fâcher : formes de rémunération, collaboration avec les institutions d'assurance maladie ou de régulation de la qualité... Des tensions nouvelles surgissent sur les modalités d'intégration de la médecine générale dans le monde médical et scientifique en général : jusqu'où doit-elle se concevoir et se proclamer autonome du reste de l'université voire de la médecine ? Jusqu'où peut-elle s'ouvrir à des disciplines telles que la santé publique, les sciences humaines et sociales, sans dissoudre son identité déjà incertaine ? La légitimité à interroger et penser la médecine générale peut-elle ne pas forcément être ancrée dans sa pratique³⁵, alors que les généralistes ont eu tant de mal dans le système français à formuler et à faire entendre une parole autonome sur eux-mêmes ? Une ligne de partage semble passer entre les tenants d'une affirmation avant tout politique du statut de la médecine générale et ceux qui pensent nécessaire de se positionner sur des bases scientifiques solides et partageables avec d'autres.

Le passif historique vis-à-vis de la médecine spécialisée et de l'hôpital pèse lourd, l'incertitude sur l'identité et la valeur de certaines pratiques est une source de crispation et parfois de surenchère. Le généraliste C. Lehmann est l'auteur de la formule plaisante mais plus profonde qu'il n'y paraît *MG Pride*. L'expression est en effet intéressante pour penser à la fois la capacité d'émancipation individuelle ou collective des stéréotypes négatifs attachés à la médecine générale, et les formes sociales complexes de cette émancipation, qui rappellent celles de minorités dominées ou stigmatisées (risque de repli communautaire, méfiance à l'égard des regards extérieurs mais recherche de relais d'opinion, alternance de « victimisation » et d'affirmation d'une fierté identitaire, incertitude sur ce que l'on vaut entraînant parfois des processus d'autoconfirmation un peu complaisants).

Quoi qu'il en soit, l'image d'un monde de la médecine générale passif ou immobile est tout simplement fautive. Des sous-groupes sont extrêmement actifs, des généralistes ont été capables de sortir du cabinet pour contribuer à cette élaboration collective et ce phénomène n'est pas anecdotique. On ne peut pas tout ramener des évolutions récentes à la poursuite de la domination sous d'autres formes.

■ ■ Une capacité de se définir positivement généraliste

Nous délaissions ici manifestations et mouvements collectifs pour approcher les trajectoires, activités et expériences individuelles, telles que les captent les enquêtes de terrain qui rappellent, s'il en est besoin, que la vie sociale n'est pas réductible à sa

35. La référence à la pratique tend à être érigée en valeur cardinale, les questions de recherche devant en partir et y revenir pour être jugées pertinentes.

forme publique ou institutionnelle. Derrière l'assignation institutionnelle de la médecine générale à une place subordonnée ou les protestations publiques d'une partie de la profession, l'observation rapprochée donne à voir d'autres agissements, réalisations et convictions, pas forcément orientés vers l'action publique. Discrètement, sans visée de recomposition politique du rapport généralistes/spécialistes, des praticiens sont capables de s'émanciper de la question de la reconnaissance institutionnelle pour construire localement le sens et l'utilité de leur pratique. Beaucoup de généralistes « de base » témoignent ainsi du sens de leur métier et des gratifications qu'ils en tirent, à distance des hiérarchies médicales officielles ou officieuses. Ils disent se sentir clairement utiles et reconnus en tant que généralistes dans leur environnement immédiat, et peuvent effectivement afficher des éléments de statut, de standing et de réputation locale qui attestent d'une existence pas si diminuée que ça, et même le plus souvent d'une situation globalement enviable dans les classes supérieures de la société. Des univers de référence existent au sein desquels ils ne sont pas les laissés-pour-compte de l'institution : celui de leurs patients, de confrères choisis, ou encore des pouvoirs et mandats locaux.

La nécessité pour les généralistes d'inventer/produire localement le sens de leur pratique, à distance de l'institution Faculté de médecine, et leur capacité à le faire ont d'abord été mises en évidence en sociologie par le travail fondateur d'I. Baszanger (1979). Un certain nombre de ses informateurs s'inscrivaient ainsi en faux contre la vision péjorative de l'orientation en médecine générale pour affirmer le caractère délibéré de leur engagement dans cette voie (il est vrai avant la réforme de 1982, cf. partie 1) et la valeur de la construction professionnelle personnelle qu'ils réalisaient. Elle tenait ainsi à « insister sur le fait que la médecine générale ne constitue pas le refuge des paresseux et des ratés ; choisir la médecine générale peut, à bien des égards, être compris comme un choix positif. (...) Il s'agit bien, du point de vue de l'individu, d'un choix positif et volontaire, même si ce choix consiste à décider d'appartenir à un segment dominé ; même si, et surtout, ce choix signifie, du point de vue de l'institution, rester au bas de l'échelle hiérarchique pendant que d'autres en franchissent les échelons » (Baszanger, 1981, p. 235). Dans la même veine, mais dans d'autres configurations institutionnelles d'accès au troisième cycle, les enquêtes plus récentes sur les choix et aspirations des étudiants en fin de cursus confirment l'existence de discours affirmés et positifs quant au choix de la médecine générale, avant comme après la réforme des ECN (Bloy, 2004 ; Hardy-Dubernet et Faure, 2006 ; Faure, 2008).

Mais comment peut-on « choisir » une spécialité dévaluée ? Ce genre de formule pose la question, classique en sciences sociales, de l'autonomie des préférences individuelles, et ouvre à différentes interprétations selon les choix théoriques effectués. La lecture la mieux étayée par les récits recueillis auprès des étudiants en médecine dans les différentes études citées semble être celle qui met l'accent sur la complexité et la diversité des processus de socialisation qui conduisent à ces choix. I. Baszanger a montré la première que la socialisation professionnelle des médecins généralistes ne s'accomplissait pas qu'à la faculté : d'une part, des choses importantes intervenaient pour les généralistes à l'issue du cursus officiel, en particulier lors des premiers remplacements ; d'autre part, les expériences personnelles ou familiales des étudiants, antérieures ou parallèles au cursus, laissaient leur trace propre. Le rôle des référents

familiaux apparaît dans les différentes recherches, soit qu'ils aident à soutenir le projet de la médecine générale, soit que la situation prenne des allures de psychodrame familial ou de règlement de comptes lorsque les parents sont eux-mêmes médecins spécialistes par exemple. Les futurs médecins sont ainsi exposés et disposés à des modèles médicaux avant la faculté ou à l'extérieur de celle-ci. Ces modèles peuvent se révéler plus prégnants que la normalisation des valeurs à l'œuvre dans certains services. Des étudiants décalés par rapport à la médecine spécialisée valorisée au CHU relatent le travail sur eux-mêmes qu'ils ont dû effectuer pour maintenir dans des contextes hostiles leur envie de devenir généraliste. Le vocabulaire est relativement guerrier, certains parlent de « se blinder » face aux jugements dénigrants la médecine générale (Bloy, 2004), d'autres de « tenir face au harcèlement » que leur a valu dans certains services le décalage au modèle dominant (Faure, 2008). Au sein de facultés élitistes, les quelques étudiants s'écartant de la préparation du concours font état de manifestations paradoxales d'admiration de la part de leurs camarades de promotion, qui soulignent le « courage » nécessaire pour s'émanciper à la pression institutionnelle en faveur de la médecine spécialisée.

Au-delà du temps des orientations et des études, divers travaux mettent en évidence la capacité des médecins généralistes de définir et valoriser sous tel et tel aspect, au moins à leurs propres yeux, la médecine qu'ils pratiquent³⁶. Elle peut être, comme on l'a vu, plus ou moins générale, plus ou moins complexe, plus ou moins « sociale », plus ou moins ouverte aux approches alternatives, plus ou moins rémunératrice, la plasticité de la médecine générale étant grande dans certains contextes. Cette diversité des manières de l'exercer et l'autonomie qu'elle autorise au praticien, paraissent de mieux en mieux perçues (voire surestimées ?) par les étudiants. Du fait d'un certain flou du métier, l'autonomie espérée ou effectivement mise en œuvre peut être une façon de requalifier la médecine générale aux yeux des jeunes médecins³⁷.

La thèse de la complexité de la médecine générale en est une autre, qui semble progresser : des médecins qui ont eu l'expérience d'un exercice spécialisé puis d'un exercice généraliste avancent effectivement l'idée d'une médecine générale plus difficile du fait de sa diversité et de l'encyclopédisme qu'elle suppose pour être pratiquée à bon niveau (Hardy-Dubernet, 2003 ; Bloy, 2004). La formule selon laquelle il serait plus facile de devenir généraliste (que spécialiste), mais il serait plus difficile d'être un bon médecin généraliste, rencontre un certain écho, et pas seulement parmi ceux qui l'exercent. Que tout compliment ou marque de considération affichée soient suspects et soumis à interprétation lorsqu'il s'agit de la médecine générale, par exemple au moment des choix de spécialité, en dit long bien sûr. Y. Faure (2008) montre pourtant que les « valeurs » de la médecine générale sont assez partagées parmi les promotions récentes qui motivent leurs choix après les ECN : si les étudiants ne se précipi-

36. I. Baszanger identifiait déjà quatre manières de se définir comme généraliste, selon le périmètre et la nature des prises en charge retenus (Baszanger, 1983).

37. Il est également intéressant d'observer que le repli contraint de certains étudiants vers la médecine générale, suite à l'échec à l'internat ou à un rang insuffisant aux ECN, a pu donner lieu à un redéploiement heureux des énergies vers le travail de généraliste, qui peut permettre finalement de faire beaucoup de choses sans se détourner complètement de la spécialité regrettée. Nous l'avons observé particulièrement chez des jeunes femmes initialement attirées par la gynécologie ou la pédiatrie (Bloy, 2004).

tent pas sur les postes offerts dans la filière (tout dans la procédure les en dissuade, on l'a vu), il y a dans les discours recueillis une forte convergence sur le fait que l'hyper-spécialisation dans une gamme d'activités ou de prises en charge étroites, loin d'engager une compétence médicale remarquable, serait source de routine et d'ennui. Inversement, la polyvalence et la capacité d'appréhension synthétique du malade (fût-ce à travers le fonctionnement de tel organe) ont bonne presse. On retrouve quelque chose de la vision traditionnelle selon laquelle « le généraliste en son cabinet reste "le plus médecin des médecins" » (Herzlich *et al.*, 1993, p. 104).

Des expériences et définitions professionnelles de soi autonomes de celles que prescrit l'institution coexistent donc (ou sont en tension) avec la vision misérabiliste du « peuple vague » des généralistes, censé avoir complètement intériorisé l'illégitimité à laquelle le système hospitalo-universitaire le renverrait. Les généralistes ne se définissent pas que dans l'espèce de « je t'aime moi non plus » de leur relation aux institutions médicales dominantes. L'échelle des valeurs n'est pas unique, sans que ces composantes d'une identité positive n'annulent la face plus sombre de la valeur de la médecine générale présentée dans les parties précédentes.

Ainsi, I. Baszanger et M. Bungener n'ont pas résisté à intituler « Heureux moi non plus » un article synthétisant le baromètre d'humeur publié chaque année entre 1975 et 1995 par la revue *Le Généraliste*, dans lequel elles développent l'idée d'une « perception de soi paradoxale » étonnamment stable dans le temps : « Année après année, une même plainte s'exprime : plus de 50 % ressentent une dégradation de leur niveau de vie, qu'ils lient mécaniquement à l'alourdissement des "charges". (...) Parallèlement à ce sentiment de "paupérisation", dès la première enquête, en 1976, près de six médecins sur dix perçoivent leur image sociale, elle aussi, comme dégradée. Cette perception aura tendance à s'amplifier au fil des enquêtes. Et pourtant, les trois quarts des répondants se déclarent heureux d'être médecin généraliste ! Ce pourcentage, il faut le souligner, n'a significativement pas varié tout au long de ces vingt dernières années. (...) Cette perception de soi très paradoxale – de plus en plus mal considérés, affaiblis financièrement, mais pas vraiment moins heureux – constitue par sa permanence au cours de ces vingt dernières années un des traits les plus intéressants de l'ensemble de ces sondages » (Baszanger et Bungener, 1995, p. 8). De même est-on régulièrement frappé, lors des enquêtes de terrain, par la capacité des médecins généralistes à broser le tableau d'une situation collective très dégradée, dans laquelle ils seraient pris en tenailles entre la montée des exigences des patients, le mépris de l'hôpital et de la médecine spécialisée, et l'incompréhension tatillonne des administrations de Sécurité sociale, tout en répondant au final très positivement à la question : « Mais vous, professionnellement, vous êtes plutôt heureux ? » Le récent travail d'A. Vega (2007b) reconstitue, à partir des comportements variables de cessation d'activité des généralistes libéraux (prolonger, partir précocement à la retraite, ou se reconverter vers le salariat), les logiques à l'œuvre dans les trajectoires professionnelles – très épanouissantes pour certains, beaucoup moins pour d'autres. Les enquêtes qualitatives microsociologiques donnent ainsi particulièrement bien accès à cette diversité, ces nuances dans l'expression de soi et du sentiment de sa valeur par les médecins généralistes, parfois écrasées par la thèse de l'illégitimité et de la perpétuation de l'infériorisation de la médecine générale sous l'effet des choix théoriques de certains auteurs.

■ ■ Conclusion

Nous nous sommes donc attachée à envisager la question de la valeur de la médecine générale sous plusieurs éclairages et à différentes échelles. Beaucoup d'observations convergent vers une moindre valorisation de la médecine générale que de la médecine spécialisée, notamment du fait du poids de l'histoire de l'institution médicale dont nous avons reconstitué les principales séquences. La temporalité de cette « grande » histoire est particulière, puisque les ruptures décisives annoncées en faveur de la médecine générale n'ont jamais produit les effets escomptés, ce qui n'empêche pas qu'un processus incrémental plus favorable a pu émerger ces dernières années.

Les « petites » histoires singulières de médecins généralistes montrent qu'existent et ont toujours existé des possibilités plus autonomes de créditer d'un sens et d'une valeur la pratique de la médecine générale. Chacun peut faire d'ailleurs très simplement l'expérience de la variété des modes et qualités de pratique en médecine générale, diversité confirmée au fil des enquêtes, qualitatives ou quantitatives, descriptives ou normatives, issues de différentes disciplines (sociologie, anthropologie, économie, santé publique, etc.). Une question de fond est alors d'arriver à saisir comment se construit et s'impose une représentation majoritaire, dominante, d'un univers professionnel aussi peu unifié et intégré que celui de la médecine générale, longtemps privé pour les raisons historiques détaillées plus haut d'identité collective structurante.

Le modèle sociologique le plus éclairant sur ce point pourrait être celui des relations entre établis et *outsiders* de N. Elias, assez méconnu en France et que personne n'a tenté à notre connaissance d'appliquer aux relations entre médecins généralistes et spécialistes (Elias et Scotson, 1997). Il s'agit, en résumé, de comprendre les relations de hiérarchisation ou stigmatisation symboliques qui s'instaurent efficacement et durablement entre deux groupes interdépendants de personnes pourtant initialement fort semblables (tous médecins formés dans les mêmes facultés pour le cas qui nous préoccupe)³⁸. Comment en arrive-t-on à ce que le groupe discrédité soit supposé constitué de gens d'une valeur humaine, ou plutôt ici professionnelle, moindre, tandis que celui des établis réussit à concentrer à son profit les bénéfices d'un « charisme collectif distinctif », ce charisme et cette disgrâce faisant système ? Le modèle est, comme on va le voir, strictement relationnel : « le charisme collectif que l'on s'attribue et la disgrâce que l'on prête aux autres sont partout des

38. Le modèle a été forgé à propos de l'étude de relations de voisinage entre deux sous-groupes ouvriers dans une banlieue ouvrière de l'Angleterre des années 1950, mais il présente, disent les auteurs, un « thème humain universel » puisqu'il traite de « tout l'arsenal de la supériorité et du mépris collectif mobilisé dans les relations entre les groupes » (Elias et Scotson, 1997, p. 32). Ils s'attachent à comprendre comment des différences économiques et sociales entre ces groupes objectivement faibles, accessoires par rapport aux points communs (tous sont ouvriers, travaillent dans les mêmes établissements pour les mêmes salaires, dans une complète homogénéité culturelle ou religieuse ; seule différence à l'origine de ce « racisme sans race », l'ancienneté des lieux de résidence : lotissement récent *versus* lotissement de peuplement plus ancien), peuvent se trouver au principe d'une dynamique relationnelle lourde de conséquences. Ce tableau n'exclut pas que puissent exister de bonnes relations de personne à personne entre les membres des deux groupes, mais elles n'ébranlent pas la configuration générale.

phénomènes complémentaires » (*idem*, p. 183). L'erreur d'analyse serait de chercher à expliquer la situation du groupe marginalisé par une caractéristique qu'il posséderait en propre.

Ces auteurs montrent que la cohésion interne du groupe des *outsiders* est improbable et faible, que les positions importantes dans les organisations ne leur sont pas accessibles, situation qui n'autorise pas une bonne régulation de la conduite de ses membres, à l'inverse de celle que réalise le groupe plus prestigieux, mieux intégré. En sus de ces mécanismes de contrôle social, les *outsiders* tendent à intégrer la mauvaise opinion du groupe auquel ils appartiennent et donc l'image de leur indignité relative – voire à s'y conformer selon un mécanisme classique de prophétie créatrice : il est objectivement plus compliqué de se conformer aux règles d'une communauté lorsqu'on appartient à un segment peu intégré et dévalorisé, il est au contraire aisé de dévier vers l'actualisation des stéréotypes que l'on subit. À l'opposé, dans le groupe soudé prestigieux, une sorte de surmoi collectif favorise la loyauté et le maintien d'une certaine tenue, il y a d'ailleurs beaucoup à perdre à adopter des pratiques déviantes lorsque l'on jouit d'une bonne intégration et d'une bonne réputation. Des processus creusant la distance entre les deux groupes s'enclenchent donc à partir d'une différence de départ ténue ou inexistante. Pour autant, aucun des deux groupes n'est complètement homogène, chacun comprend des individus atypiques, qui se comportent mieux ou moins bien que la moyenne du groupe. Intervient ici un phénomène de distorsion *pars pro toto* (la partie prise pour le tout) dans les représentations disponibles de chacun des groupes, phénomène présent des deux côtés mais en sens opposé. En clair, l'image collective forgée par le groupe des établis et diffusée à l'extérieur prend pour modèle « la minorité de ses meilleurs », tandis que celle du groupe stigmatisée est modelée sur « la minorité des pires ».

Ce détour théorique nous semble fournir une grille de lecture puissante pour analyser, au-delà des pérégrinations institutionnelles ou personnelles des médecins généralistes, les effets d'un jeu relationnel issu de la partition historique intervenus entre généralistes et spécialistes au détriment des premiers.

Le jeu décrit n'est pas forcément stable. N. Elias et J. L. Scotson considèrent certes que les capacités de réaction des *outsiders* sont *a priori* limitées : « la résignation voire l'apathie paralysante, la contre-culture agressive et l'anarchie » sont présentées comme les modalités de réaction les plus probables. Des membres du groupe stigmatisé choisissent aussi de s'en écarter à titre individuel lorsque se présente une possibilité de mobilité, soit pour se rapprocher du groupe prestigieux, soit pour sortir d'un jeu localement sans issue pour eux et réaliser leurs ambitions autrement. Mais le groupe marginalisé peut s'unir et le groupe des établis ne pas vouloir ou pouvoir maintenir, pour diverses raisons, l'exclusion de l'autre groupe de la participation aux instances de régulation de la communauté. « Dès que les disparités de pouvoir ou, en d'autres termes, l'inégalité du rapport de forces diminue, les anciens groupes marginaux ont tendance à lancer des représailles et à mener une campagne de contre-stigmatisation » (p. 36). Le jeu entre alors dans une phase de recomposition beaucoup plus ouverte. On peut raisonnablement penser qu'entre généralistes et spécialistes nous en sommes là aujourd'hui.

Sur le terrain, l'impression est souvent d'avoir affaire à une profession nostalgique, sans que les intéressés sachent toujours préciser de quoi. Le motif de la plainte

est une figure ancienne de la presse médicale généraliste, qui connaît peut-être une forme de renouveau avec le succès de l'étiquette *burn out* et les extrapolations chiffrées qu'elle peut entraîner dans son sillage. Il ne s'agit pas de nier les réalités de la pénibilité du travail des généralistes dans certains contextes (Davezies et Daniellou, 2004; Vega, 2007b), mais le thème de la « crise » est omniprésent dans les publications au moins depuis les années 1970, ce qui laisse penser que nous sommes en présence d'autre chose. La réflexion consacrée par F. Dubet au « déclin de l'institution » (Dubet, 2002) nous semble fort utile pour mieux décrypter ce malaise. Les médecins généralistes, comme bien d'autres professionnels de ce qu'il nomme le « travail sur autrui », sont à la peine pour fonder ou refonder la légitimité de leur intervention dans un monde contemporain où s'élèvent d'un côté niveau d'éducation, capacité d'autonomie et exigences des patients, et se dessinent de l'autre progressivement de nouvelles attentes en termes de référence aux standards médicaux contemporains et d'intégration de considérations de coût et de santé publique. Peut-être sommes-nous dans une forme de transition inaboutie entre deux modèles. La gloire et les servitudes du médecin de famille à l'ancienne, notable charismatique mais praticien disponible et corvéable, sûr de sa mission et de son autorité, basculent dans l'anachronisme. Les modèles contemporains de la légitimité biomédicale comme ceux de la gestion des fonds publics de l'Assurance maladie se fondent sur des procédures d'objectivation de la qualité ou du service rendu, auxquelles résiste l'activité des généralistes, probablement pour de bonnes et de moins bonnes raisons. Leur relation à l'intérêt général pourrait apparaître distendue s'ils ne se dotent pas de dispositifs scientifiques et professionnels plus consistants pour mieux fonder et réguler la valeur de leurs pratiques.

Références bibliographiques

- ABBOTT Andrew (1988), *The System of the Professions. An Essay of the Division of Expert Labour*, Chicago, University of Chicago Press.
- ARLIAUD Michel (1987), *Les Médecins*, Paris, La Découverte.
- ARLIAUD Michel et ROBELET Magali (2000), « Réformes du système de santé et devenir du "corps médical" », *Sociologie du travail*, n° 1.
- ARLIAUD Michel (2002), « La "fin" de l'internat », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin.
- BASZANGER Isabelle (1979), *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Paris, EHESS.
- BASZANGER Isabelle (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, XXII.
- BASZANGER Isabelle (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n° 3.
- BASZANGER Isabelle et BUNGNER Martine (1995), « Heureux, moi non plus, vingt ans d'enquête : regard sur les médecins généralistes », *Le Généraliste*, 20 octobre.
- BECKER Howard S., HUGHES E. C., GEER B., STRAUSS A. L. (1961), *Boys in White, Student Culture in Medical School*, Chicago, The University of Chicago Press.

- BECKER Howard S. (2002), *Les Ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- BENSAÏD Norbert (1974), *La Consultation*, Paris, Mercure de France.
- BILLAUT Anne (2005a), « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 429.
- BILLAUT Anne (2005b), « Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de 2004 », Documents de travail DREES, série *Études*, n° 52.
- BILLAUT Anne (2006), « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474.
- BLOY Géraldine (2004), Rapport de recherche, *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*, Programme sciences biomédicales, santé et société, CNRS/INSERM/DREES-MiRE.
- BLOY Géraldine (2005), « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- BLOY Géraldine (2008), « Que font les généralistes à la faculté ? Retour sur une implantation improbable », in Bloy G. et Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, ENSP.
- BOUCHAYER Françoise (2008), « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- BOURDIEU Pierre (1982), « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 43, juin.
- BOURDIEU Pierre (1994), *Raisons pratiques sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- BREUIL-GENIER Pascale (2000), « Généralistes, puis spécialistes : un parcours peu fréquent », *INSEE Première*, n° 709.
- BROCLAIN Dominique (1994), « La médecine générale en crise ? » in P. Aïach, D. Fassin (éd.), *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica.
- BUCHER Rue et STRAUSS Anselm (1961), « Professions in process », *American Journal of Sociology*, n° 46, jan.
- BUNGENER Martine et BASZANGER Isabelle (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in I. Baszanger, M. Bungener et A. Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute.
- BUNGENER Martine et PAICHELER Geneviève (1994), « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Lucas Y. et Dubar C. (éd.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses universitaires de Lille.
- CANGUILHEM Georges (1966), *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF.
- CARPENTIER Jean (1978), *Médecine générale*, Paris, Maspero.
- CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie (2004), *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin.
- DAVEZIES Philippe et DANIELLOU François (2004), *L'Épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, rapport pour l'URML de Poitou-Charentes.
- DARMON Muriel (2006), *La Socialisation*, Paris, A. Colin.

- DESPRÈS Caroline et NAIDITCH Michel (2006), *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle*, rapport du DIES pour le fonds CMU.
- DUBAR Claude et TRIPIER Pierre (1998), *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.
- DUBET François (2002), *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- ELIAS Norbert et SCOTSON John L. (1997), *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard.
- FAURE Yann (2006), « La médecine générale est-elle une spécialité comme les autres ? Discussion autour du choix d'un indicateur pour mesurer l'attractivité d'une discipline », in *Actes du colloque, approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes, 8 et 9 juin.
- FAURE Yann (2008), « Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principes de choix et genèse des goûts », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- FERNANDEZ Guillaume (2000), « La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. Le point de vue des usagers », in F.-X. Schweyer, G. Cresson (dir.), *Les Usagers du système de soins*, Rennes, ENSP.
- FREIDSON Eliot (1984), *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GALAM Éric (dir.) (1996), *Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain*, Paris, Autrement, n° 161.
- GIAMI Alain (2008), « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (2000), « Faire (quelle ?) médecine. À propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales », in Schweyer F.-X., Cresson G. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (dir.), ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M. A. (2001), *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, rapport de recherche du programme INSERM/CNRS, MiRe 98.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (2003), « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G., Druhle M., Schweyer F.-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et GADÉA Charles (dir.), DIVAY S., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., (2005), *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, rapport d'étude pour la DREES.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et FAURE Yann (2006), *Le Choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales*, Documents de travail de la DREES, série *Études*, n° 66.
- HATZFELD Henri (1963), *Le Grand Tournant de la médecine libérale*, Paris, Ed. Ouvrières.
- HÉMERY-BOURGEOIS Isabelle (2007), *Le Médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : entre logiques de clientèle et dynamiques locales : les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale*, thèse de sociologie, Centre de sociologie des organisations.
- HERZLICH Claudine (1970), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton.
- HERZLICH Claudine (1985), « Malades et clients dans le discours des syndicats médicaux », *Prévenir*, n° 11.
- HERZLICH Claudine, BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSIN P., ZUBER M. C. (1993), *Cinquante Ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, INSERM-Doin.

- HUGHES Everett C. (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, éditions de l'EHESS.
- JAISSON Marie (1995), *Les Lieux de l'art. Études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, thèse pour le doctorat de sociologie, Paris, EHESS.
- JAISSON Marie (2002), « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143.
- KARSENTY Serge (1986), « Les médecines différentes dans le système de soins français », *Études*, oct.
- LABARTHE Géraldine et HÉRAULT Dominique (2003), « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et Résultats* (DREES), n° 244, juin.
- LECOURT Dominique (dir.) (2004), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF.
- LEHMANN Christian (2003), *Patients, si vous saviez...*, Paris, Laffont.
- LEVASSEUR Gwénola et SCHWEYER François-Xavier (2001) « La recherche en médecine générale en France », *Cahiers de sociologie et démographie médicale*, n° 1.
- LEVASSEUR Gwénola et SCHWEYER François-Xavier (2003), « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, n° 2.
- MEMBRADO Monique (1993), « La construction médicale de la relation thérapeutique », *Ethnologie française*, n° 4.
- MERTON Robert, READER G., KENDALL P. (1957), *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- MUEL-DREYFUS Francine (1984), « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, sept.
- PARSONS Talcott (1951), *The Social System*, Glencoe (Illinois), The Free Press.
- POUVOURVILLE (DE) Gérard (2006), *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, rapport au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche.
- REYNAUD Jean-Daniel et TOURAINE Alain (1956), « Deux notes à propos d'une enquête sur les étudiants en médecine », *Cahiers internationaux de sociologie*, janv.-juin.
- ROBELET Magali (2002), « Médecins généralistes : les voies étroites du réenchantement professionnel », *Regards sur l'actualité*, n° 282, juin.
- ROBELET Magali (2003), « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée » in de Kervasdoué J., *La Crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- ROSMAN Sophia (2006), *La Pratique de prescription des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas*, rapport de recherche CNAM/MGEN.
- ROSMAN Sophia (2008), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- SARRADON-ECK Aline (dir.), VEGA Anne, FAURE Murielle, HUMBERT-GAUDART Anne, LUSTMAN Mathieu (2004), *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, rapport de recherche ANAES/fondation Fyssen.
- SARRADON-ECK Aline (2008a), « Voyage en médecine de campagne, le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- SARRADON-ECK Aline (2008b), « Qui mieux que nous ? Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy G. et Schweyer F.-X., Rennes, ENSP.
- URFALINO Philippe (dir.), BONETTI Emmanuelle, BOURGEOIS Isabelle, HAURAY Boris et

- DALGALARRONDO Sébastien (2001), *Les Recommandations à l'aune de la pratique. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Rapport du Centre de sociologie des organisations pour l'URML de Poitou-Charentes.
- VANDERSCHULDEN Mélanie (2007a), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571.
- VANDERSCHULDEN Mélanie (2007b), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n° 616.
- VEGA ANNE (2007a), *Les Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, tome 1, Document de travail, DREES, série Études, n° 73.
- VEGA ANNE (2007b), « Perceptions du travail et identités professionnelles chez les médecins salariés et libéraux », in *Les Conditions de travail dans les établissements de santé. Dossier solidarité et santé*, hors-série.
- WEISZ George (2006), *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford, Oxford University Press.
- WINCKLER Martin (1998), *La Maladie de Sachs*, Paris, POL.

LES CONTRIBUTEURS

Les travaux du groupe de travail sur la médecine générale, dont ce rapport constitue la synthèse, ont été présidés par le professeur Berland, président de l'ONDPS.

Rapporteur des travaux : **Martine Burdillat**, secrétaire générale de l'ONDPS.

■ ■ Ont contribué à la rédaction du rapport

Dr Jean-François Bayet, Département coordination et efficacité des soins, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Valérie Desquesne, chargée de mission, Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Basse-Normandie

Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Gabriel Ko, ancien chargé des « Relations européennes » à l'ISNIH

Laurence Lavy, chargée de mission, Direction de la sécurité sociale (DSS)

Anne Lazarevich, chargée de mission en santé publique, membre du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)

Lionel Michel, porte-parole de l'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Laure Prestat, médecin, Mission de la coordination et de la gestion du risque maladie (MCGR), sous-direction du financement du système de soins, DSS

Marjorie Soufflet-Carpentier, chef du Bureau de la démographie et de la formation médicales (M1), sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS

Youri Yordanov, vice-président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SHIP)

■ Avec la collaboration de

André Gay, ancien trésorier adjoint de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH)

Daniel Gayet, inspecteur des Affaires sanitaires et sociales, responsable du service « Professions médicales », Pôle santé publique et cohésion sociale, DRASS Centre

Anne Gueguen, directrice adjointe, DRASS Centre

Serge Morais, chargé de mission, mission régionale de santé (MRS) d'Île-de-France, URCAM d'Île-de-France

Fabien Quevedille, président du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)

Daniel Sicart, Bureau des professions de santé, DREES

■ ■ Ont participé au groupe de travail sur la médecine générale

Dr Anne Farge-Broyart, adjointe au chef du Bureau de la démographie et de la formation médicales, sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS

Guillaume Coindard, chargé « Permanence des soins », ISNAR-IMG
Benoît Elleboode, président de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH)
Daniel Foulon, chargé de mission au Bureau de la démographie et de la formation médicales (M1), sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux, DHOS
Emmanuel Gallot, président de l'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
François Guillaumat-Tailliet, chef du Bureau des professions de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Isabelle Leclerc, chargée de mission auprès du sous-directeur, sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
Pierre Loulergue, président de l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux de villes de faculté (ISNCCA)
Charles Mazeaud, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)
Olivier Mir, ancien président de l'ISNIH
Marie Mizzi, ancienne vice-présidente de l'ANEMF
Virginie Prade, ancienne présidente de l'ANEMF
Jean-Bernard Tallon, chargé de mission, ARH Île-de-France
Jean Wolfarth, trésorier de l'ISNAR-IMG

■ ■ Les séances thématiques

Quatre des séances du groupe de travail ont fait l'objet d'exposés soit par des auteurs de rapports ou d'ouvrages consacrés à des thèmes particuliers, soit par des praticiens.

■ LES CONDITIONS ET L'ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE

Dr Jean-François Bayet, CNAMTS, et Valérie Desquesne, URCAM de Basse-Normandie. *Repérage des ressources en médecins généralistes.*
Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). *Les conditions et l'attractivité de l'exercice.*
François-Xavier Schweyer, LAPSS-EHESP. *Résultat d'une enquête menée en Bretagne, sur les conditions d'exercice des médecins généralistes.*

■ LES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Géraldine Bloy, maître de conférences en sociologie, université de Dijon. *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le stage chez le praticien.*
Céline Ponçot. *Évaluation des SASPAS en 2006* (thèse de médecine).
Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la Section santé publique, CNOM. *Les attentes, projets et motivations des médecins face à l'exercice professionnel, résultats de l'étude réalisée par BVA auprès de médecins récemment installés et auprès d'étudiants.*

■ LES ÉVOLUTIONS DE LA FORMATION ET DE LA SÉLECTION UNIVERSITAIRES

Valérie Delahaye-Guillocheau, inspectrice de l'IGAS, et Françoise Mallet, Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).
La création de la filière universitaire de médecine générale.

Anne-Chantal Hardy, sociologue, université de Nantes. *Des ECN « pour » ou « contre » la médecine générale ?*

■ L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN MODE REGROUPÉ

Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la Haute Autorité de santé (HAS). *Maison médicale et qualité des pratiques.*

Dr Jean-Michel Mazué, médecin généraliste à la Maison médicale des bords de Seille. *Les enseignements d'une expérience de regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux, et les questions qui se posent.*

Avec la contribution des docteurs Pierre De Haas et Rémy Bataillon (directeur de l'URML de Bretagne).



Ce troisième rapport de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé** comporte une synthèse générale assortie de préconisations et de quatre tomes thématiques.

Le tome 1, **La médecine générale**, établit un état des lieux de l'exercice de cette spécialité. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité, permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffectation » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet.

Le tome 2, **Les internes en médecine : démographie et répartition**, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante augmentation du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales.

Le tome 3, **Éclairage sur les professions : chirurgiens dentistes, métiers de la périnatalité**, fournit une analyse particulière pour chacune d'entre elles. L'analyse des effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2025 pour les chirurgiens dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagées dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

Le tome 4, **Les métiers de la cancérologie**, est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont examinées. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les six professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

ONDPS

Ministères en charge du Travail, de la Santé
et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon
75014 Paris
Téléphone : 01 40 56 89 27 et 89 36
Site www.sante.gouv.fr/ondps

ONDPS © 2008
DICOM : 08.037
ISBN : 978-2-11-097349-8
Imprimé en France

