

Jean-Luc Gallais

5 rue la Vacquerie, 75011 Paris

jl.gallais@sfgm.org

• **Mots clés**

accès aux soins ; soins primaires ;
continuité des soins [*access to health
care ; primary care ; continuity of care*].

DOI: 10.1684/med.2019.441

Durée de travail, accessibilité et personnalisation des soins en médecine générale : des déterminants interdépendants ?

La dernière publication de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) [1] concernant la réduction de la durée de travail des médecins généralistes libéraux conduit à s'interroger une fois encore sur les déterminants et les effets de cette diminution et les impacts intriqués pour l'utilisateur assuré consommateur, les professionnels de la santé, pour la médecine générale, les médecins généralistes (MG) et l'organisation des soins populationnels et de santé publique.

Sur les 54 heures déclarées, 44 heures en moyenne le sont en présence des patients, avec une différence selon l'âge : 41 h 30 pour les MG de moins de 50 ans contre 46 h pour les plus de 50 ans. Ces données confirment la dynamique de réduction de l'offre de soins primaires en secteur 1 par la réduction de la disponibilité directe du professionnel lui-même [2]. Entre 2000 et 2013, le nombre de généralistes est passé de 54 272 à 52 480, avec un nombre d'actes annuels par médecin passant de 5 180 à 4 957. Ce changement est associé à une réduction de la fréquence annuelle des actes de MG par habitant, de 4,8 à 4,1, alors que le vieillissement de la population et la croissance des affections chroniques comme le dispositif du médecin traitant prévoient plutôt une croissance.

On comprend mieux les évolutions et les nouvelles fonctions chez les IDE, pharmaciens, sages-femmes qui visent à répondre à des besoins nouveaux ou anciens insuffisamment satisfaits à ce jour par l'organisation traditionnelle de la médecine générale en France. Le choix de la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) depuis une décennie est d'offrir aux MG des moyens en personnel en limitant un effet déjà observé : l'augmentation des revenus se traduisant par une réduction d'activité qui aggrave le déficit de l'offre en soins primaires. Demain, l'extension probable en ambulatoire des activités hospitalières, les plateformes de téléconsultations, les objets connectés et l'intelligence artificielle associée s'inscriront comme offres complémentaires ou optionnelles.

Sur le terrain, les nouvelles modalités de calcul de l'Accessibilité Potentiellement Localisée (APL) rendent mieux compte des besoins territorialisés en médecine générale en pointant les zones qualifiées de « déserts médicaux » et autres zones sensibles en tension démographique. La croissance du nombre des assurés en recherche d'un médecin généraliste traitant est un indicateur tant médical que politique. La gestion de la permanence des soins ambulatoires, celle des soins non programmés ou de la télémédecine est au-devant de la scène dans les débats comme celui du maintien de la liberté d'installation des médecins.

Pour les usagers, leurs points de vue sont différents de ceux des médecins. Les indicateurs et les situations de crise médiatisées de façon récurrente

devraient conduire à mettre fin à la liberté d'installation et à l'obligation d'exercice (au moins temporaire) dans ces zones déficitaires. Les recours aux dispositifs hospitaliers comme les services d'accueil urgents (SAU) et les divers systèmes « d'urgentistes » libéraux alimentent les recours hors du dispositif du médecin traitant. Le renouvellement « en urgence » des prescriptions du médecin traitant est autorisé ou toléré hors des parcours de soins recommandés. L'offre croissante de médecines dites complémentaires et alternatives ou d'exercices marginaux et partiels répond au marché des demandes spécifiques, confortant le besoin de personnalisation des soins mais compliquant la lisibilité des offres et la coordination des soins.

Pour les jeunes médecins la durée de travail en médecine est un des facteurs de limitation et de renoncement à l'installation en libéral au profit d'un exercice salarié avec un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle [3]. L'attractivité et le choix de la carrière généraliste ne sont pas liés qu'aux préférences pour telle ou telle spécialité mais aussi à des facteurs de qualité de vie et de statut social [4]. Il faut souligner qu'une expérience effective de l'exercice de la médecine générale via la FMI, les Maîtres de Stages des Universités et le remplacement réduit leurs réticences [5].

Depuis 2007 les choix d'installation en salarié ou libéral, sont scrutés à chaque publication annuelle de l'Atlas démographique du Conseil national de l'Ordre des médecins. Les courbes d'exercice salarié et libéral de l'Atlas sont sans appel. L'exercice salarié de la médecine générale bien que nationalement marginal est croissant avec, notamment, les centres de santé et les postes de praticiens de médecine générale hospitaliers. Si seuls quelque 2 % des assurés sociaux ont choisi un médecin traitant exerçant en centre de santé, la demande de postes salariés en médecine générale est forte et appuyée par les structures professionnelles de jeunes médecins comme ReAGJIR ou l'ISNAR-IMG¹. Des régions, départements ou communes investissent dans ce domaine tout comme le ministère de la santé avec le financement de 400 postes de généralistes à exercice partagé ville/hôpital ou salarié.

« L'effet 35 heures » et les préférences générationnelles sont passés par là avec des exercices à temps partiel choisis très variables, associés à une stabilité spatiale incertaine. On retrouve dans des structures de type centre de santé salarié des généralistes travaillant avec en moyenne des équivalents temps plein par médecin généraliste (ETP) autour de 0,30 à 0,40 ETP et un nombre de jours de présence soignante limité. La multiplication des intervenants généralistes devient alors obligatoire au sein mais aussi à l'extérieur de ce type d'exercice regroupé. La place de la visite médicale comme celle du maintien au domicile sont alors en jeu, notamment pour les personnes âgées.

Pour la discipline médecine générale, ce sont deux variables clés constitutives qui sont ou peuvent être fragilisées : la continuité des soins et la personnalisation des soins. La connaissance de l'histoire du patient comme celle de ses problèmes de santé facilite l'alliance

thérapeutique. Elle s'inscrit dans ce que Balint a nommé « *la compagnie mutuelle d'investissement* ». Cette approche durable et personnalisée des soins primaires conforte le niveau d'engagement réciproque, réduit les effets de dilution de la responsabilité. Elle a des effets systémiques positifs sur l'efficacité sanitaire et économique du système de santé, tant sur le plan curatif que préventif [6]. Elle éclaire la mise en place du dispositif médecin traitant par la loi de 2004 et la convention médicale de 2005. Si la réduction de la fréquence des hospitalisations en est un effet ancien connu, celui de la facilitation du diagnostic et des soins dans le champ de la santé mentale l'est moins [7]. Dans l'étude OMS réalisée dans 14 pays [8] on note un doublement des scores d'identification clinique de l'état du patient quand le soigné et le soignant se connaissent, indépendamment de l'existence d'un dossier médical. Cette continuité relationnelle et informationnelle dans le parcours de soins implique au premier plan le dispositif médecin traitant et de plus ses liens avec les équipes de soins primaires. Ce sont d'ailleurs les besoins prioritairement exprimés des usagers [9].

Pour la politique de santé, la santé populationnelle territoriale et la santé publique, ces aspects d'accessibilité, de pertinence et d'efficacité des soins ont abouti notamment à la définition d'une stratégie nationale de santé et à l'objectif annoncé de virage ambulatoire en 2013. À côté du paiement à l'acte, les nouveaux modes de rémunérations forfaitisées ou non, ont concerné les professionnels et maintenant les structures et organisations coordonnées sur le terrain (ESP, CPTS, PTA)². Avec les MSP et maisons de santé, l'offre de soins ambulatoire s'est modernisée pour mieux répondre aux besoins de santé et de soins en tenant compte des préférences des jeunes générations de professionnels de la santé. Les plages d'ouverture élargies en semaine (8h-20h) offrent un accès aux soins programmés et non programmés, avec ou sans rendez-vous, et accroissent l'accessibilité et les files actives. Les MSP comme les centres de santé sont différenciés en fonction de la variabilité des parcours de soins et des taux de changement et de substitution d'un professionnel par un autre, sans céder à l'illusion du caractère interchangeable des médecins généralistes notamment. Ce taux de substitution peut varier de 10 % à 40 % selon les établissements, la fidélisation pouvant se faire (ou non) sur le médecin généraliste traitant ou sur la structure. La mise en commun des consultants peut être de trois types [10] : limitée dans le partage des patients mais avec peu de recours médicaux extérieurs, élevée avec de rares recours extérieurs, limitée mais avec des recours extérieurs importants. Les modalités de la coordination en interne et en externe se posent alors différemment comme la gestion de la continuité relationnelle et informationnelle.

Un dispositif innovant, Asalée (Action de Santé en équipe libérale), a été développé sur les principes d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières auprès de la patientèle des médecins traitants. À côté de ses effets positifs déjà en termes de qualité, une

¹ <https://www.isnar-img.com>

² Équipes de Soins Primaires – Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – Plats-formes Territoriales d'Appui.

publication récente [11] démontre son impact en matière d'accessibilité aux soins par rapport à un échantillon témoin. Avec un nombre de jours travaillés comparable, les MG Asalée ont vu un nombre de patients rencontrés plus élevé et croissant avec également plus d'inscrits dans la patientèle médecin traitant, alors que chez les MG médecins témoins ces mêmes indicateurs diminuaient.

Ces différents constats associés à l'actualisation de la durée du travail des médecins généralistes libéraux éclairent d'autres facteurs associés. La disponibilité de l'offre de soins primaires est le levier pour mettre en évidence l'obligation de tenir compte d'autres co-déterminants pour décrire, comprendre, évaluer et améliorer la qualité des soins.

Les analyses des parcours de soins, en particulier celles du dispositif médecin traitant, confirment la complexité et l'hétérogénéité des soins primaires centrés sur la personne mais aussi l'intrication et l'hétérogénéité des organisations nationales et locales. La continuité des soins implique une stabilité en un lieu donné qui dépasse le cadre de la relation médecin patient « ici et maintenant ». Elle concerne aussi la connaissance et le meilleur usage des ressources médico-sociales du territoire lui-même.

Les changements évoqués ci-dessus sont à prendre en compte dans les indicateurs utilisés pour des analyses et recherches fines en soins primaires : statut professionnel du généraliste et temps de travail soignant, activités en précisant celles qui relèvent de la file active médecin traitant (adulte et enfant), composition de la structure d'exercice, taux de substitution sur la patientèle médecin traitant et coûts induits internes au sein de la communauté d'exercice mais aussi, en dehors, en incluant les coûts d'hospitalisation de toute nature. Dans une perspective à court terme, les ARS et les caisses d'assurance-maladie seront naturellement des partenaires pour agréger les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNII-RAM) à celles de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour les centres de santé, les EHPAD et les hôpitaux de proximité rénovés. Demain, la

description des pratiques se fera à la fois par « praticien » et par « pratique » (site et cadre d'exercice) au sens de « practice » dans les publications internationales.

Historiquement la durée de travail en médecine générale a été LE marqueur de la disponibilité libérale et présentée comme témoin du « sacerdoce » médical. C'était d'abord le levier central de la construction d'une clientèle libérale, la permanence des soins pour cette même patientèle étant un facteur de conservation de ce capital dans un contexte passé de concurrence entre les médecins généralistes eux-mêmes.

En 2019, derrière les débats de l'actualité professionnelle, derrière les sigles ACI, ACIP, ESP, CPTS, ROSP, GHT, PTA, MSP, derrière la définition de nouveaux métiers de manager médical, d'assistant médical ou d'Infirmière de Pratique Avancée, ce sont des changements organisationnels structurels profonds indispensables qui s'opèrent, notamment dans les modèles économiques. Ils s'organisent dans les conventions des professions de santé libérales comme dans la loi de modernisation du système de santé de 2016, celle de 2019 avec ses orientations du plan de santé 2022.

Plus que le thème de la durée de travail au plan national, ce sont les modalités de mise en place des réponses locales aux besoins de santé et d'accessibilité de la population qui sont en avant : détermination, organisation et rémunération des conditions du travail optimisées et coordonnées dans l'ensemble de notre système de santé. La régulation par les soins primaires traduit, en France, le passage indispensable d'un libre choix souvent anarchique à un libre choix organisé. Cette transition organisationnelle implique la structuration et le fonctionnement des soins primaires mais aussi les soins secondaires et tertiaires du secteur libéral et public.

Que le temps de travail soit visible ou méconnu, important ou limité, c'est un marqueur révélateur et symptôme d'autres questions interdépendantes essentielles pour tous.

~ Liens d'intérêts : L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaines. *Études et résultats* 2019 ; 1113.
2. Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Les tribunes de la santé* 2016 ; 50 (04) : 67-91.
3. Siblini M, Trombert Paviot B, Laval B. L'exercice salarié apporte-t-il une meilleure qualité de vie privés et professionnelle. *Médecine* 2019 ; 15 (2) : 91-6.
4. Lamort Bordé M. Critères et déterminants du choix des spécialités en médecine : place de la médecine générale. [Thèse d'Université]. Université Lyon 1 ; 2010.
5. CNOM. Cadre de vie, conditions d'exercice et travail en équipe. Ce que veulent les jeunes médecins. Bulletin national ordre des médecins. Mai/Juin 2019. N°61.
6. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018 ; 8 : e021161. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161>

7. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 (5) : 323-9. Disponible à l'adresse suivante : https://www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/medecine_generale_psychiatrie_et_soins_primaires_regard_de_generaliste_301738/article.html
8. Ustün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York OMS-John Wiley, 1995 : 3-395.
9. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de la médecine générale. *Question d'Économie de la santé*, mars 2011 ; 163. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>.
10. Clément MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé Publique* 2009 ; 21 (hs1) : 79-90.
11. Louarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. *Questions économie de la santé* 2019 ; 241 : 1-7.