

Pourquoi la médecine générale en est-elle encore là ?

Pascal Bonnet

Au cours des années 1980, une majorité de médecins libéraux (en 1980, un peu plus de 55 % de l'ensemble des médecins) exerçaient la médecine générale, dans un contexte d'accroissement massif du nombre de médecins (généralistes et spécialistes) formés au cours des années 1960-1980, à tel point que les médecins généralistes les plus jeunes avaient souvent des revenus insuffisants [1], et que nombreux furent alors ceux qui arrêtaient leur activité quelques mois après leur installation pour chercher un exercice mieux rémunéré. Une évidence se fit alors jour : le système de santé fonctionnait de façon relativement anarchique, avec l'existence d'une « pléthore médicale », marquée par une compétition acharnée entre médecins généralistes et spécialistes, mais aussi entre médecins généralistes, pour la construction d'une « patientèle », avec un financement de la sécurité sociale dont l'équilibre allait être gravement menacé après les chocs pétroliers de 1973 et de 1978. Cette situation conduisit à l'élaboration de différents plans qui scellèrent *in fine*, au travers de la convention médicale de 1980, la division entre médecins généralistes et spécialistes, les premiers étant massivement regroupés dans le secteur 1, dont l'évolution des honoraires était liée aux prescriptions par un mécanisme d'enveloppe globale, et les seconds dans le secteur 2, alors libres d'augmenter leurs honoraires comme ils l'entendaient [2]^{1,2}.

Vignette (© Wikipedia).

¹ Ce schéma a évolué, avec l'obligation depuis 1993 pour les médecins généralistes d'être rattachés uniquement au secteur 1 conventionné (avec des tarifs fixés par la convention nationale signée entre syndicats de médecins et l'Assurance maladie), sans droit à dépassement d'honoraires, avec, en contrepartie, une prise en charge partielle des cotisations sociales. Le secteur 2, qui n'inclut donc, depuis 1993, que des médecins spécialistes, est également devenu un secteur conventionné, mais avec droit au dépassement des tarifs fixés dans la convention nationale signée avec l'Assurance maladie. Il existe également un secteur 3, non conventionné, à tarif libre, que nous ne décrivons pas dans cet article.

² Actuellement, l'assuré est remboursé sur la base du tarif conventionnel de la sécurité sociale, gardant à sa charge le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires du secteur 2. La souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire, volontaire ou pas, lui permet de bénéficier du remboursement du ticket modérateur (obligatoirement intégralement depuis 2004 et la définition des contrats responsables comprenant notamment des garanties minimales) et, éventuellement, de toute ou partie des dépassements d'honoraires.



Médecin spécialiste
en médecine générale,
à la retraite avec
une activité médicale
pascalbonnetweb38@gmail.com

Dans ce contexte, la médecine générale n'avait pas une place, une mission et un « cahier des charges » très définis. Un grand mouvement de rassemblement des médecins généralistes se fit alors jour et aboutit à la création d'un syndicat *spécifique* de médecins généralistes³ en 1986 [2]. Les médecins généralistes purent alors acquérir au fil des années, la reconnaissance de leur rôle dans le système de santé et participer pleinement à la définition de leurs compétences et de leurs missions par les institutions en charge de la santé. Cet engagement pour une médecine en phase avec la définition des soins primaires par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), centrée sur le patient et son environnement, se fit dans un contexte médical peu réceptif, du fait probablement de la remise en cause de pouvoirs médicaux en place que cet engagement représentait, et d'une frontière floue entre médecine de spécialité et médecine générale, où nombre de médecins spécialistes se pensaient parfois également praticiens de médecine générale. Rappelons que cette période des années 1970-1982 est celle de l'arrivée en nombre sur le « marché médical » de médecins spécialistes, titulaires de CES (certificats d'études spécialisées)⁴, qui ne passaient pas encore obligatoirement par la voie sélective de l'internat⁵.

³ Médecins généralistes de France (MG France, MG-F). Il existe actuellement différents syndicats de médecins représentés au sein de l'association Union nationale des professionnels de santé (UNPS) dont les buts sont définis au Code de la Sécurité Sociale : Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Fédération des médecins de France (FMF), MG France (MG-F), Syndicat des médecins libéraux (SML), Union française pour une médecine libre (UFML-S), Union AVENIR SPE - LE BLOC.

⁴ Voir l'Arrêté du 4 septembre 1970 portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le Conseil national de l'ordre. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000437171>

⁵ La réforme de 1982 supprima les CES de médecine et rendit l'internat obligatoire pour obtenir la qualification de médecins spécialistes via l'obtention des diplômes d'études spécialisées (DES).



À propos de l'auteur

Pascal Bonnet a débuté son activité de médecin généraliste en 1982 dans un cabinet en association de moyens dans le Nord-Isère. Il s'est regroupé en 1992 avec d'autres professionnels de santé des soins primaires (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologue et dentiste) tout en renforçant les liens avec la pharmacie située à proximité, permettant un suivi local attentif de la population. En 2015, un regroupement avec différents collègues leur a permis d'obtenir le statut de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) après plusieurs années de discussion et négociation avec une municipalité, visant à la convaincre quant à l'urgence de la mise en place d'un système de soins où médecine générale et soins primaires occupent une place centrale.

Car la médecine générale est un exercice particulier au même titre que les autres spécialités. Même si le contenu comprend évidemment des connaissances sur les pathologies d'organes, il s'agit d'un exercice médical reposant sur une approche globale, holistique, embrassant notamment le contexte socio-économique et familial de la personne soignée. Cette spécificité a commencé à être reconnue en France au cours des années 1980-2000, avec la création du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en 1983, l'instauration du stage ambulatoire obligatoire en médecine générale, en 1997, du stage ambulatoire en soins primaires [3] en autonomie supervisée (SASPAS), en 2003, et, enfin, avec la reconnaissance de la spécialité de médecine générale, avec la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine Générale le 16 janvier 2004. C'est ainsi que la médecine générale ne peut être exercée désormais que par des médecins généralistes à qualité, soit *via* une simple déclaration pour les générations comme la mienne (ndlr : l'auteur), soit suite à une formation d'internes de médecine générale, désormais de même durée que celle de la plupart des autres spécialités. Cela a constitué un premier et important pas vers la reconnaissance institutionnelle du rôle et de la fonction spécifique de la médecine générale et de son importance dans le système de santé de notre pays ; un premier pas tardif par rapport à nombre de pays ayant un développement socio-économique équivalent, où ce rôle était déjà affirmé, reconnu, et encadré souvent depuis plusieurs décennies. C'était notamment le cas aux États-Unis, où trois rapports indépendants⁶, publiés en 1966 [4-6], avaient souligné la nécessité de former spécifiquement des médecins généralistes (*General Practitioner*, GP, ou *Family Physician*, FP), vus comme « *un médecin personnel qui doit être le point central d'intégration et de continuité de tous les services médicaux rendus au patient* »⁷ [5]. Il est vrai que le contexte américain des années 1960 s'y prêtait, comme le soulignent Cecilia Gutierrez et Peter Scheid [7], avec des forces progressistes en

mouvement et un environnement social adéquat pour que la médecine générale naisse comme nouvelle spécialité. En 1969, les *American Boards of Medical Specialties* déclarèrent la médecine générale (*Family Practice*) comme étant une nouvelle spécialité.

En France, il aura donc fallu attendre 2004 pour que la médecine générale soit reconnue comme un exercice spécifique soutenu par une spécialité médicale, alors que les autres spécialités, constituées au cours du temps, avaient été définies en ce qui concerne leur cursus de formation par les ordonnances Debré du 30 décembre 1958, relatives à la création des centres hospitaliers et universitaires (CHU), d'un corps de médecins hospitalo-universitaires à temps plein, et à la réforme des études médicales désormais effectuées au sein de ces CHU⁸. Une spécialité n'est alors pas identifiée comme telle et ne bénéficie donc pas d'un cursus spécifique : la médecine générale, que l'on peut aussi appeler médecine de soins primaires, en référence à la pratique anglo-saxonne du *Primary Care*.

L'espace académique manquant à la médecine générale et aux soins primaires commence alors à se remplir, mais lentement, puisqu'il a fallu attendre 2008 pour voir la création de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) et 2009 pour que les premiers enseignants titulaires (PU, professeur des universités) de médecine générale soient nommés.

La médecine générale reste-t-elle une pratique professionnelle par défaut, malgré l'évolution progressive de son statut ?

Cette question est d'autant plus d'actualité que la situation actuelle, inédite dans l'histoire de notre système de santé, est marquée : 1) par la très grande difficulté pour nombre de patients à obtenir des rendez-vous chez un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, dans des délais qui soient compatibles avec la mise en place souvent urgente de soins appropriés, et à avoir un médecin traitant. La création du médecin traitant, introduite par la loi du 13 août 2004⁹, avait pourtant constitué un tournant pour la médecine générale, qui s'était vue de plus reconnaître, au début de la même année, la Spécialité de médecine générale,

⁸ Article 1^{er} de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 : Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente. Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ».

⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/?detailType=EXPOSE_MOTIFS&detailId=

⁶ Les rapports Millis, Folsom, et Willard [4-6].

⁷ « *a personal physician who is the central point for integration and continuity of all medical services to his patient* ».

La genèse de l'organisation des soins après la Révolution française

La formation « moderne » des médecins s'est réellement mise en place officiellement au début du XIX^e siècle, sous l'influence de Félix Vicq d'Azir (1748-1794) avec son « *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France* » présenté à l'Assemblée Nationale par la Société royale de Médecine en 1790, par la loi du 10 mars 1803 (19 Ventôse an XI), instituant la formation en facultés de médecine, remplaçant les écoles de médecine d'avant la révolution française, facultés attachées à un hôpital afin de permettre la formation des futurs médecins « au lit du malade ». Au début du XIX^e siècle, existaient six facultés de médecine (Paris, Montpellier et Strasbourg puis Turin, Gênes et Mayence, accompagnant les conquêtes napoléoniennes), ainsi que des écoles de médecine « périphériques » assurant la formation des officiers de santé, une structuration inscrite dans la loi de 1803. Le médecin, docteur en médecine issu d'une de ces facultés de médecine, pouvait alors exercer son art dans toutes les régions françaises, alors que l'officier de santé ne pouvait exercer que dans sa région de formation et sous la responsabilité d'un docteur en médecine. Les soins médicaux étaient donc dispensés par deux types de praticiens, des docteurs et des officiers de santé, pour une même mission de soins à la population. La formation en faculté de médecine était ouverte à tout bachelier voulant embrasser ce métier, mais la formation au lit du malade, la formation clinique et pratique, furent soumises à des concours devant le nombre de candidats médecins. Sans entrer dans le détail des cursus, il était cependant possible de devenir docteur en médecine sans avoir vu de malades, uniquement du fait d'avoir acquis des connaissances théoriques.

Une uniformisation de la formation médicale est intervenue à la fin du XIX^e siècle avec la loi du 30 novembre 1892 actant la disparition des écoles de médecine, transformées pour certaines en facultés de médecine, amenant le nombre total de ces dernières à une vingtaine environ en 1900. Le développement des connaissances médicales et de leur spécialisation, impulsé en particulier par les travaux de médecine expérimentale de Claude Bernard et les travaux de Louis Pasteur, imposèrent un cursus minimum commun de connaissances et son harmonisation, cursus qui se mit en place dans ces facultés de médecine [17]. Parallèlement, se développa le système hospitalier, qui devint la référence pour l'exercice des spécialités médicales et de la chirurgie, ce qui s'accompagna d'un développement toujours plus important des plateaux techniques tout au long du XX^e siècle. Le modèle hospitalier actuel trouve sa source dans l'ordonnance du 30 décembre 1958 inspirée par le pédiatre Robert Debré, qui instituèrent l'hôpital en lieu d'expertise en matière de soins, en développant les services de spécialités médicales, et en en faisant le lieu de formation des médecins grâce à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU).

sachant que, dans plus de 95 % des cas, le médecin traitant¹⁰ est un médecin généraliste, en charge de la coordination du parcours de soins pour les patients. La situation actuelle est aussi liée à 2) un manque global de médecins généralistes installés dans notre pays. Cette situation est préoccupante puisqu'elle s'accompagne d'une inévitable inégalité d'accès aux soins et aura potentiellement des répercussions sur la morbi-mortalité de certaines maladies du fait du retard de diagnostic, le médecin traitant assurant la coordination du parcours de soins du patient.

Malheureusement, comme nous le soulignons ci-dessus, les patients ont beaucoup de mal actuellement à trouver un médecin traitant, quand ils déménagent, quand leur médecin traitant part à la retraite, change d'orientation, ou tout simplement quand ils cherchent un médecin traitant pour la première fois (adultes comme enfants¹¹). Leur réponse à la question de qui est leur médecin traitant est régulièrement : « *je n'ai pas de médecin traitant, je n'arrive pas à trouver de médecin traitant, tous les médecins contactés sont débordés et ne prennent plus de nouveaux patients...* ». Du fait de la tension toujours plus forte entre offre et demande de soins, 65 % des médecins généralistes ont déclaré en 2022 être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant, contre 53 %

en 2019 [8]. Cette situation de plus en plus tendue concerne un nombre croissant de personnes nécessitant des soins pour une situation aiguë, ou un suivi de maladie chronique et/ou de pathologie lourde. Un rapport du Sénat, paru en mars 2022, a montré que 11 % des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit près de six millions de personnes¹². Le nombre de personnes ayant une affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant est de plus passé de 510 000 fin 2018 à 714 000 fin 2022, ce qui a conduit l'Assurance maladie à mettre en œuvre un plan d'actions pour réduire le nombre de ces patients sans médecin traitant¹³. Cette situation entraîne souvent une perte de la continuité des soins, un retard de certains diagnostics, ce qui, pour certaines maladies, expose à de graves conséquences pour la santé des patients, voire parfois, à un risque de mortalité anticipée. Alors que la population française a augmenté régulièrement de 2010 à 2023, le nombre de spécialistes en médecine générale en activité a diminué de 2 % au cours de cette période, tandis que celui des médecins spécialistes (hors médecine générale) augmentait de 17,9 % et celui des médecins spécia-

¹⁰ Le médecin traitant peut exercer seul, au sein d'un cabinet de groupe, dans un centre de santé ou encore à l'hôpital. Il n'y a pas de contraintes géographiques. Enfin, il bénéficie d'une rémunération additionnelle associée [18].

¹¹ Pour les moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et le déclare à la caisse primaire d'assurance maladie de l'enfant. Les mineurs de 16 et 17 ans peuvent choisir eux-mêmes leur médecin traitant, mais ils doivent avoir l'accord de l'un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Un enfant de moins de 16 ans qui n'a pas déclaré de médecin traitant ne sera toutefois pas moins bien remboursé.

¹² Rapport d'information sénatorial n° 589 « *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard* » (rendu public le 29 mars 2022).

¹³ <https://www.ameli.fr/paris/medecin/actualites/patients-en-ald-sans-medecin-traitant-la-tendance-s-inverse-depuis-le-lancement-du-plan-d-actions>



La protection sociale

Le système de protection sociale français s'est mis en place à la fin de la seconde guerre mondiale avec la création de la Sécurité sociale et du système complémentaire, accompagné par un début de structuration du système de santé, avec les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, une mesure proposée par le Conseil national de la Résistance en mars 1944. La mise en place de la Sécurité sociale impliquait de fait une contractualisation des rapports entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux pour permettre une solvabilité des malades ayant recours aux soins. Il y eut une opposition importante d'une grande partie des médecins à cette contractualisation des relations avec l'Assurance maladie. Les médecins, qui n'avaient pas eu de tutelle formelle jusqu'alors, craignaient une perte progressive de leur statut libéral du fait de cette contractualisation. Plus de dix ans furent nécessaires pour que se mette en place une première convention médicale régissant les rapports entre médecins et Assurance maladie, en particulier avec la mise en place d'honoraires fixes, opposables, remboursés aux assurés par la Sécurité sociale, une convention d'abord individuelle en 1960 (décret n° 60-451 du 12 mai 1960, modifié par le décret n° 66-21 du 7 janvier 1966) puis collective en 1971 (Loi n° 71-525 du 3 février 1971 suivi de l'arrêté du 29 octobre 1971) (avec un syndicat, la CSMF [Confédération des syndicats médicaux français]). Ce système de convention médicale perdure actuellement, avec des aménagements dictés par le développement du système de santé et des pratiques médicales. Sans entrer dans les détails de la vie conventionnelle, la représentation médicale permettant la signature de cette convention avec l'Assurance maladie a été portée pendant très longtemps (jusqu'au milieu des années 1990) par des syndicats pluricatégoriels, rassemblant essentiellement des médecins spécialistes et laissant de côté l'immense majorité des médecins généralistes.

listes chirurgicales de 19,6 % (situation au 1^{er} janvier 2023) [9]. Pour les médecins généralistes libéraux, la charge de travail s'en trouve alourdie significativement, les obligeant à consacrer moins de temps à chaque consultation pour voir plus de patients, malgré le fait que beaucoup d'entre eux, en situation médicale compliquée, nécessitent plus de temps pour être correctement pris en charge. Ce temps d'échange est un temps précieux pour parler de la santé du patient ou de la patiente, mais également de sa vie quotidienne, des risques sanitaires auxquels il/elle peut être exposé(e) (professionnels, environnementaux, familiaux, etc.) et pour évaluer le risque de survenue de certaines maladies, évaluation éventuellement associée à de la prévention et du dépistage.

Pour libérer du temps d'activité au médecin traitant, certains actes peuvent désormais être effectués par d'autres professionnels de santé, tels les pharmaciens pour les vaccinations, par exemple contre la grippe et la Covid-19 (*Coronavirus disease 2019*). Ce partage de tâches s'appuie sur l'implication de structures d'exercice coordonné¹⁰, comme les centres de santé (CDS), qui ont développé des modèles de pratiques médicales plus collaboratifs depuis plusieurs décennies, ou comme les équipes de soins primaires (ESP), ou les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Cependant, de nombreux professionnels de santé des soins primaires, qui exercent en individuel hors de ces structures d'exercice coordonné (médecins généralistes, infirmières et infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychologues), restent encore relativement à l'écart de cette dynamique : en avril 2019, 38 % des médecins généralistes exerçaient seuls, et, parmi les 62 % exerçant en groupe, 32 % étaient en groupe monodisciplinaire (avec d'autres médecins généralistes) et seulement 30 % étaient en groupe avec des paramédicaux (avec ou sans autres médecins), dont 12 % en MSP et 18 % en groupes pluri-professionnels non MSP [10]. Sont exclues de ce dispositif les plateformes de téléconsultations qui ne sont pas en mesure de désigner à terme un médecin traitant. Un autre cadre de l'exercice s'est de plus mis en

place : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁴, sur une échelle beaucoup plus large, puisque les CPTS s'adressent à des populations de plusieurs dizaines de milliers de patients. Remarquons que la coordination interprofessionnelle à une telle échelle de population, qui ne regroupe que les professionnels d'un territoire souhaitant en faire partie, a de grandes chances de ne se faire que partiellement, d'autant plus que les professionnels faisant partie d'une même CPTS sont très loin de tous se connaître.

Où en est la médecine générale en France en 2024 ?

Question essentielle si l'on veut trouver des solutions pérennes afin d'assurer la sécurité sanitaire individuelle de la population de notre pays. Rappelons que la législation impose que chaque personne ait un médecin traitant et que le médecin traitant a obligation de dépistage, de délivrance de soins préventifs et curatifs dans le cadre de sa mission prévue par la loi (Article L 4130-1 du 28 janvier 2016 du Code de la santé publique¹⁵). Cette obligation n'est à l'évidence plus remplie dans un système de santé en tension extrême. Comme nous l'avons déjà indiqué, les médecins traitants sont en très grande majorité (autour de 95 %) des médecins généralistes du fait de leur formation et de leur mission. Quelques chiffres rendent compte en partie des tensions et difficultés actuelles rencontrées : au 1^{er} janvier 2022, parmi les 229 000 médecins

¹⁴ <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

¹⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

en activité¹⁶ (incluant les médecins remplaçants et les médecins cumulant emploi et retraite), près de 103 000 étaient des généralistes, avec une densité moyenne de 149 pour 100 000 habitants, mais avec des disparités territoriales contrastées, allant de 274 (Hautes-Alpes), 236 (Paris) à moins de 100 (Cher, Eure, Eure-et-Loir, Seine-et-Marne, Val d'Oise) pour 100 000 habitants, la plus faible densité étant celle de Mayotte (52 pour 100 000 habitants). De plus, soulignons que ces dernières années ont vu une baisse de la densité du nombre de médecins généralistes, allant jusqu'à 15 % entre 2012 et 2022 dans des départements comme l'Aisne, l'Essonne, le Val d'Oise, la Seine-et-Marne, les Yvelines. Soixante-dix-huit départements sur quatre-vingt-seize départements de la France métropolitaine ont vu une diminution de cette densité au cours de cette période ! Cela est à mettre en parallèle avec le fait que, au 1^{er} janvier 2022, 46 % des médecins généralistes étaient âgés de 55 ans ou plus au niveau national, avec plus de 50 % dans 45 départements et de 60 % dans huit départements, une situation périlleuse pour les années à venir qui verront un vieillissement marqué de la population.

Comment expliquer cette situation actuelle de la médecine générale ?

La première raison, historique, est liée à la difficile adéquation et, *a posteriori* l'inadéquation, entre les besoins en médecins et le *numerus clausus* imposé à l'entrée des étudiants en médecine par la loi du 12 juillet 1971¹⁷, de 1972 à 2020, fixant le nombre d'étudiant(e)s admis(e)s à entrer en seconde année du premier cycle d'études médicales ou odontologiques, par le biais d'un concours à la fin de la première année. Il avait été initialement mis en place pour limiter le nombre pléthorique de médecins arrivant sur le marché de la santé, et répondre aux obligations de formation dans le cadre hospitalo-universitaire afin que tous les étudiants puissent effectuer des stages hospitaliers, alliant formation théorique et formation au lit du malade. L'instauration de ce *numerus clausus* (qui a été mis en place dans la plupart des pays industrialisés) a été également considérée par certains comme une réponse à la « demande induite » (ou *physician-induced demand*, PID) [11] mettant en danger les comptes de l'Assurance maladie et, parfois, la santé des patients, c'est-à-dire au fait que le nombre élevé de médecins sur le marché, payés à l'acte, induisait la prescription d'actes superflus afin de permettre au praticien d'atteindre un revenu-cible, bien que le poids réel de cette « demande induite » dans les pratiques médicales et ses conséquences financières ait été beaucoup discuté [12]. Rappelons que

le *numerus clausus* était fixé chaque année par arrêté signé par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, sur avis d'un comité de coordination hospitalo-universitaire, sans oublier que le ministère de la santé (dont l'intitulé précis a changé au fil des changements de gouvernements) était en charge d'évaluer l'offre de soins et d'anticiper son évolution sur le territoire national, un exercice difficile eu égard la nécessité d'y intégrer des paramètres comme le vieillissement de la population et son futur besoin en soins, mais aussi comme l'apparition éventuelle de nouvelles maladies ou la montée en puissance de maladies liées non seulement au changement de la structure d'âge de la population, mais aussi à des facteurs environnementaux (changement climatique, nutrition, pollutions chimiques des airs et des eaux, etc.), et comme l'apparition de progrès techniques et cliniques majeurs.

Ce concours s'est durci puis relâché au fil des années entre 1972 et 2001, d'une part pour tenir compte des capacités formatrices des hôpitaux, et, d'autre part, pour réduire le nombre global de médecins au cours d'une période où le nombre de médecins spécialistes avait beaucoup augmenté, ainsi que la « demande induite » (voir ci-dessus). Notons que l'on peut distinguer trois phases en termes de places offertes alors au concours en médecine¹⁸ : de 1972 à 1983, un nombre décroissant (de 8 588 en 1972 à 5 900 en 1983) ; de 1984 à 2001, un nombre relativement stable mais faible (de 5 000 en 1984 à 4 100 en 2001), 1993 étant l'année où le *numerus clausus* fût le plus faible (3 500) ; enfin, une remontée s'accéléralant au fil des ans jusqu'en 2020 (de 4 700 en 2002 à 9 361 en 2020). Au cours des années 1970-1990, les médecins généralistes se sont vus « concurrencer » par des médecins spécialistes assurant eux-mêmes le suivi des patients qui les consultaient pour une maladie d'organe. Progressivement, au cours des vingt ans qui ont suivi (2000-2020), la situation s'est normalisée grâce à la loi du 13 août 2004, instaurant le médecin traitant, qui a fortement contribué à structurer le parcours de soins autour du médecin généraliste, avec des incitations financières pour le patient à la clé, les médecins généralistes voyant alors leurs missions précisées et mieux encadrées (voir l'article L 4130-1 cité ci-dessus), avec, en particulier, la reconnaissance de la spécialité de Médecine Générale avec la création du DES de Médecine Générale le 16 janvier 2004 et la mise en place de l'internat de Médecine Générale obligatoire pour les étudiants

¹⁶ <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>

¹⁷ Art. 15. L'article 45 de la loi du 12 novembre 1968 est complété par l'un des deux alinéas suivant : « En vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière, un arrêté du ministre de l'éducation nationale et du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale fixe pour chaque année le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires, que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention, sur avis du comité de coordination hospitalo-universitaire créé par l'article 18 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970. Les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques doivent fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaires au-delà de la première année ; les conseils d'universités détermineront, conformément aux propositions de ces unités, les modalités selon lesquelles il est procédé à cette limitation ».

¹⁸ Ces chiffres sont issus d'une compilation de données de plusieurs origines (Conseil national de l'ordre des médecins, étude de Wallach (2011), arrêtés publiés au Journal Officiel de la République Française (JORF) à partir de 2006), disponible sur le site https://fr.wikipedia.org/wiki/Numerus_clausus_dans_l%27admission_aux_%C3%A9tudes_de_sant%C3%A9_fran%C3%A7aises



ayant fait ce choix à l'issue du concours de l'internat marquant la fin des études médicales en fin de sixième année.

Cependant, comme nous l'avons détaillé précédemment, le nombre de médecins généralistes en exercice est devenu insuffisant pour remplacer le nombre de départ à la retraite de ceux des années du *baby-boom*, ce phénomène s'accroissant au cours de la dernière décennie, conduisant à la situation actuelle de carence importante en médecins généralistes-médecins traitants.

Une seconde raison est le niveau de reconnaissance et de rémunération de la profession. Cela a entraîné et entraîne un manque d'attractivité, encore accentué par la pression administrative constante sur l'activité des médecins généralistes, avec l'instauration de nombreux contrôles souvent mal vécus par les professionnels. Chez les médecins libéraux, le médecin généraliste fait partie des médecins ayant les revenus les plus bas, et qui a, de plus, la plus grande amplitude horaire de travail (50 h/semaine en moyenne).

Ce sentiment de ne pas avoir de revenus en adéquation avec la mission confiée, et eu égard l'ampleur du travail fourni, est certainement un élément majeur du manque d'attractivité de la profession et du manque d'installation de médecins généralistes traitants dans notre pays et qui s'orientent vers d'autres carrières¹⁹. La charge mentale que représente le suivi au long cours de patients, parfois sur plusieurs décennies, avec l'engagement moral de les conserver dans la meilleure santé possible, est, de plus, une responsabilité lourde à porter pour cette spécialité qu'est la médecine générale.

La troisième raison est le changement profond dans le rapport à leur travail que les nouvelles générations de jeunes médecins entretiennent, changement qui n'affecte pas que ce métier, marqué par un désir d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, au-delà du niveau de rémunération même si celui-ci reste le critère majeur, comme le souligne un récent rapport du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc) et de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) [13]. Ce changement est d'autant plus marqué qu'une forte féminisation de la profession de médecin, et de médecin généraliste en particulier, s'est mise en place au cours des vingt-cinq dernières années. Les femmes, qui représentaient 44 % des médecins en exercice de moins de 70 ans en 2017, sont devenues majoritaires en 2021, et devraient représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034 [14]. En quelques années, le nombre des étudiantes passant le cap du *numerus clausus* en fin de première année ou du système de sélection actuel a bondi. L'arrivée massive des femmes dans les professions de santé et particu-

lièrement en médecine, a contribué à accélérer ce changement de paradigme, qui touche de nombreux métiers et concerne également les jeunes médecins hommes. Ce changement profond dans le rapport au travail des nouvelles générations s'est traduit par une tendance à exercer dans des structures en groupe permettant plus facilement d'adapter les horaires : l'exercice libéral, qui était de 47 % en 2016, pourrait n'être plus que de 38 % en 2040 [14]. Il est probable que l'adaptation de plages horaires de travail moins contraignantes et que la mise en place du congé de paternité et d'accueil pour les médecins hommes salariés ou les praticiens affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)²⁰, ont conduit à une disponibilité de l'offre de soins moins importante, une baisse qui, pour l'instant, n'a pas été compensée.

Une quatrième raison, qui sous-tend les trois précédentes, est le manque de considération pour les soins primaires et les professions de santé en charge de ces soins. Il est important de préciser ce que sont les soins primaires, définis en 1978 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lors de la Déclaration d'Alma-Ata (ou Almaty, Kazakhstan) (article VI)²¹ : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ». Cette définition de 1978 a été reprise et réaffirmée par l'OMS en octobre 2018 dans la Déclaration d'Astana (Kazakhstan)²².

Ce manque de considération, principalement par une partie de nos pairs, est historiquement lié à un enseignement de la médecine fondé sur un mode « élitiste » (dont il serait intéressant d'analyser les critères de sélection, mais ce n'est pas l'objet de cet article)

¹⁹ La discussion conventionnelle actuelle menée au cours du premier semestre 2024 a longtemps bloqué sur l'augmentation des rémunérations des médecins généralistes alors que leur nombre diminue et que leur charge de travail augmente significativement. Elle s'est finalement achevée début juin par un accord entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) d'une part et, d'autre part, cinq des six syndicats représentatifs des médecins libéraux sur une nouvelle convention comprenant notamment une augmentation de la rémunération de la consultation des médecins généralistes applicable en décembre 2024, s'alignant peu ou prou sur l'inflation observée entre 2017 et début 2024. Cette nouvelle rémunération est fixée pour une durée de 5 ans (2024-2028). Cette convention présente également 10 objectifs collectifs pour améliorer l'accès aux soins et a acté la création d'un observatoire national de l'accès aux soins, l'un des objectifs étant la lutte contre les déserts médicaux. Pour le résumé détaillé de cette nouvelle convention, on pourra se reporter au site : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale>

²⁰ <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-paternite-accueil-enfant>

²¹ <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

²² <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

exercé d'abord grâce à un *numerus clausus* en fin de première année, de 1972 à 2020, auquel s'ajoutait le concours d'internat²³ en fin de sixième année en vue de choisir sa spécialité : la médecine générale étant exclue de cette sélection jusqu'en 2004, puisqu'avant cette année-là non reconnue comme spécialité, se mit à représenter la voie de l'échec à ce concours, qu'un certain nombre de médecins choisirent d'emprunter par défaut (de même que le concours de fin de première année conduisit nombre de jeunes candidats à choisir les études d'odontologie par défaut, les derniers classés du concours n'ayant que ce choix). De plus, ce mode de formation des médecins s'appuyant sur les CHU, l'enseignement de la médecine générale est resté le parent pauvre des études médicales pendant des dizaines d'années, n'étant devenue une spécialité qu'en 2004.

Ce manque de considération des professions de santé en charge des soins primaires, et particulièrement des médecins généralistes, a longtemps existé au niveau institutionnel, jusqu'à la loi d'août 2004 instituant le médecin traitant. L'examen de l'histoire des relations conventionnelles – contractuelles entre l'État et la profession médicale au cours des quelques décennies précédant le *xxi*^e siècle révèle que ces relations ont été majoritairement des relations entre État et syndicats de médecins spécialistes, qui ont négocié au nom de l'ensemble de la profession. Jusqu'en 1986, année de naissance du syndicat MG France, il n'y avait pas de syndicat de médecins généralistes à qualité, reconnu représentatif et apte à signer une convention médicale. Cette représentativité de syndicat généraliste a été reconnue après 1990. Le fait que les médecins spécialistes de plateaux techniques aient une rémunération assise essentiellement sur la nomenclature des actes techniques semble, de plus, avoir contribué à reléguer la pratique clinique, et en particulier celle des soins primaires, au second plan : les médecins généralistes sont moins payés que la plupart des médecins spécialistes, en particulier ceux dont la pratique s'appuie sur un plateau technique [15]. Des variations importantes de revenus moyens existent néanmoins dans chaque spécialité, dont la médecine générale [15]. Remarquablement, les deux activités de médecins spécialistes s'inscrivant le mieux dans une quasi pratique de soins primaires, en accès direct, sont celles ayant les plus faibles revenus moyens : la pédiatrie et la psychiatrie. Rappelons que les médecins généralistes passent désormais le même concours d'internat et que la durée de cet internat de spécialité est aussi longue que celle de la plupart des autres spécialités. On peut donc légitimement s'étonner qu'une politique de revenu des médecins généralistes n'ait pas été adaptée à cette nouvelle donne, prenant mieux en compte leur rôle critique dans la prise en charge des soins primaires, avec la quantité de travail, son amplitude horaire et le niveau de responsabilité professionnelle que cela implique.

²³ Ce concours (créé par Napoléon en 1802 et dont le format « moderne » avait été conçu lors de la création des CHU) a été remplacé par les épreuves classantes nationales (ECN) en 2005, elles-mêmes remplacées à partir de l'année universitaire 2023-2024 par les épreuves dématérialisées nationales (EDN) mixant connaissances théoriques (examen écrit, 60 % de la note), compétence clinique pratique (examen oral, devant un acteur censé simuler une maladie, 30 % de la note) et 'parcours' (obtention d'un master, investissement associatif, 10 % de la note).

Conclusion

Sommes-nous donc désormais entrés dans une ère d'indignité au sens que lui donne Cynthia Fleury dans son ouvrage « *Clinique de la dignité* » [16], résultat de l'incapacité de mettre en place une politique de santé permettant aux professionnels des soins primaires d'exercer leurs compétences dans un environnement et avec des moyens dignes des missions qui leur sont confiées et permettant à chacun d'être considéré dignement dans sa condition d'homme ou de femme en bonne santé au sens de la définition de l'OMS ? Question éthique et politique de l'accès aux soins pour tous, avec les mêmes chances de prise en charge, de l'accès à une médecine de soins primaires de bonne qualité sur l'ensemble du territoire ! Il est insupportable et choquant que, dans un pays comme la France, parmi les plus riches du monde, il y ait aujourd'hui des retards de diagnostic sur des maladies dont le pronostic est très largement fonction de la précocité du diagnostic, du fait d'un manque de suivi au long cours des patients par leur médecin généraliste-médecin traitant. Il est également inacceptable que des patients ayant une maladie chronique se retrouvent aujourd'hui livrés à eux-mêmes du fait du départ à la retraite de leur médecin traitant. Il existe désormais un grand risque que certains indices de morbi-mortalité se dégradent, alors qu'ils s'amélioraient régulièrement au cours des précédentes décennies, du fait du manque de médecins généralistes et donc de médecins traitants.

Il est clairement de la responsabilité de nos décideurs d'assurer l'égalité des chances d'être soigné au mieux pour chacun, par l'établissement d'une politique de soins primaires aujourd'hui en France. Il s'agit aussi d'une question d'éthique politique. *In fine*, ce sont bien eux qui définissent la politique de santé d'un pays. Il devrait s'agir pour eux de mettre en place les différentes compétences, en articulant correctement pratique de ville et pratique hospitalière, pratique de soins primaires et pratique de spécialité, et en prenant mieux en compte l'importance de la prévention, du dépistage, des soins curatifs, de l'accompagnement de certains patients (grand âge, santé mentale), ainsi que l'émergence de certaines maladies ou l'accroissement de leur incidence.

Mais les soins primaires manquent encore aujourd'hui d'un cadre institutionnel précisant leur rôle, les moyens mis à la disposition des praticiens impliqués pour qu'ils exercent leurs missions, ainsi que les ressources en personnels nécessaires. Le système de santé se caractérise actuellement par un système hospitalier à bout de souffle, et la médecine de ville, celle qui assure les soins



primaires, manque cruellement de moyens : elle pourrait assumer une partie des soins non programmés qui se sont petit à petit concentrés dans les services d'urgence hospitaliers. Il est urgent de redessiner un cadre précisant la place de ces soins primaires et les moyens pour ce faire. ♦

Where does the family medicine stand?

REMERCIEMENTS

L'auteur rend hommage à Marie-José Imbault-Huart (1928-2011) qui l'a initié à l'histoire de l'émergence de la médecine moderne et de la création et de l'évolution du système de santé français, en particulier au travers de la lecture des ouvrages de l'historien spécialiste de l'histoire sociale de la médecine Jacques Léonard (1935-1988). Il remercie Jean-Luc Teillaud pour ses relectures attentives, l'introduction de nombreuses notes de bas de page, et pour ses relectures critiques des différentes versions du manuscrit, ainsi que Jean-Marie Cohen, spécialiste de l'organisation, de l'animation et de la promotion de réseaux épidémiologiques, pour sa relecture et l'intérêt qu'il a porté à son propos.

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur a adhéré au syndicat MG France depuis sa création en 1986 et a participé pendant de nombreuses années à son comité directeur, chargé des questions éthiques.

RÉFÉRENCES

1. Beudaert M. Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995. *Études et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). 1999 ; 15 : 1-4.
2. Bouton R. Médecine générale : la rupture des années 1990. *Les Tribunes de la Santé*, éditions Presses de Sciences Po 2015 ; 2015/3 (48) : 39-47.
3. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. *Les soins primaires en question(s)*. Collection Débats Santé Social. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), HyGée Éditions, 2021.
4. The Graduate Education of Physicians: *The Report of the Citizen's Commission of Graduate Medical Education (Millis Commission)*. Chicago : American Medical Association, 1966, p. 179.
5. Folsom, MB. Chair. National Commission on Community Health Services. *Health is a Community affair*. Cambridge Mass: Harvard University Press, 1966, p. 26.
6. Meeting the Challenge of Family Practice. *The report of the Ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education*. Chicago : American Medical association, 1966, p. 1.
7. Gutierrez C, Scheid P. The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care. Mai 2002. <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf>.
8. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, et al. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Études et Résultats*, 2023 ; 1267.
9. Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1^{er} janvier 2023). Établi par le Service études et recherches statistiques du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 2023. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
10. Biais M, Cassou M, Franc C. Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients. *Études et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 2024 ; 1301 : 1-7.
11. Johnson, EM. Physician-Induced Demand. *Encyclopedia of Health Economics* 2014 ; 3 : 77-82.
12. Mac Guyre TG. Physician Agency. *Handbook of Health Economics*. Eds Culyer AJ, Newhouse JP. Vol. 1, Chapter 9, 2000 ; 461-536.
13. Ponton C, Saumon R, Millot C, et al (CREDOC). *Les jeunes et le travail en 2023. Résultats du baromètre DJEPVA sur la jeunesse*. Avec la collaboration de Charruault A. INJEP, Notes & rapports/rapport d'étude, novembre 2023. <https://www.credoc.fr/publications/barometre-de-la-jeunesse-travail-2023>
14. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 2017 ; 1011 : 1-6.
15. Dixte C, Vergier N. Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. *Études et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 2022 ; 1223 : 1-8.
16. Fleury C. *La clinique de la dignité*. Paris : Le compte à rebours, Seuil, 2023.
17. Léonard J. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*. Paris : Édition Aubier, 1992.
18. Franc C. Rémunération des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* 2019 ; 108 : 4-7.

TIRÉS À PART

P. Bonnet