

> L'objectif de l'étude était de connaître la position des médecins généraliste (MG) libéraux concernant les deux lois d'août 2004, loi de réforme de l'assurance maladie et loi de santé publique. L'enquête a été effectuée sur un panel de 528 MG<sup>1</sup>. Les données collectées permettent une analyse par la recherche des déterminants de l'adhésion à la réforme « médecin-traitant ». Les résultats montrent que l'adhésion à cette réforme est mitigée (45 % en accord, 48 % en opposition), plus faible encore chez les jeunes médecins, et peu corrélée avec les pratiques. En revanche, 75 % des médecins sont favorables au dossier médical personnel et 76 % estiment qu'ils devraient mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans leur pratique. En conclusion, la lourdeur ressentie des tâches administratives et l'effet de fixation de la patientèle auprès des médecins déjà installés apparaissent comme deux obstacles importants à l'adhésion des médecins généralistes à la mesure médecin-traitant. <

## Les médecins généralistes face aux réformes

### Les réactions du panel de médecins libéraux de la région PACA

**Yann Videau, Bruno Ventelou,  
 Jean-Baptiste Combes, Pierre Verger,  
 Alain Paraponaris**



Y. Videau, P. Verger, A. Paraponaris :  
 ORS (Observatoire régional de la santé)  
 PACA, Inserm UMR 379, 23, rue Stanislas  
 Torrents, 13006 Marseille, France.

B. Ventelou : ORS PACA,  
 Inserm UMR 379,  
 23, rue Stanislas Torrents,  
 13006 Marseille, France.  
 GREQAM-CNRS, 2, rue de la Charité,  
 13236 Marseille, France.

J.B. Combes : École Nationale  
 de la Statistique et de l'Analyse  
 de l'Information (ENSAI),  
 Campus de Ker Lann, rue Blaise Pascal,  
 35172 Bruz Cedex France.  
[ventelou@marseille.inserm.fr](mailto:ventelou@marseille.inserm.fr)

la coordination et du suivi, la rédaction du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant. Avec cette mesure, la convention introduisait des éléments partiels de

forfaitisation qui complètaient la rémunération à l'acte des médecins de premier recours. Un des objectifs de la seconde loi est de renforcer la prévention et, pour ce faire, d'impliquer plus - et mieux - les médecins dans les missions de santé publique. Le code de santé publique rend désormais obligatoire pour les médecins en exercice l'évaluation de leurs pratiques professionnelles (décret du 14 avril 2005). Une autre disposition importante des réformes 2004 est la mise en œuvre d'un dossier médical personnel (DMP). Une enquête a été réalisée au premier semestre de l'année 2006, soit environ un an après la mise en place des premières réformes, auprès de 528 médecins représentatifs de médecins généralistes libéraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Son objectif principal était d'étudier les actions de prévention et d'éducation à la santé des médecins généralistes, tout en recueillant leur opinion sur les deux lois d'août 2004. Ce travail en donne les tout premiers résultats, documentant la manière dont les médecins ont pu percevoir les réformes, ou même, pour certaines d'entre elles, la manière dont ils ont pu se les approprier et les appliquer, et dont ils envisagent leur fonctionnement.

Deux lois ont été votées en août 2004 concernant le système de soins français : la loi dite de réforme de l'assurance maladie et la nouvelle loi relative à la politique de santé publique (respectivement, loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et loi n° 2004-806 du 9 août 2004). La première crée notamment le dispositif dit du « médecin traitant », qui instaure un « parcours de soins coordonnés » (dont la contrepartie est de rendre plus coûteux pour l'assuré social l'accès direct aux soins hors parcours). Elle met aussi en place une rémunération spécifique du médecin traitant pour la prise en charge des patients en affection longue durée (ALD), soit un forfait annuel de 40 euros par patient. Cette rémunération intègre, au titre de

<sup>1</sup> Ce panel a été mis en place en 2002 et l'enquête présentée réalisée en 2006 avec le soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML PACA) et du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM PACA). Il a bénéficié du soutien méthodologique et scientifique de l'Unité Mixte de Recherche 379 de l'Inserm (UMR-379).

## Méthode

### Le panel PACA

L'enquête que nous discutons ici porte sur 528 médecins représentatifs des MG libéraux de la région PACA. Le panel a été constitué en 2002 dans la région PACA par sondage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge et la taille de l'unité urbaine d'exercice du médecin<sup>2</sup> [1-3]. Initialement, 1076 médecins ont été contactés, pour former un échantillon de 600 médecins (taux de sondage : 1/9,06 ; taux de réponse : 55,8 %). Les médecins ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement en dehors de la région, ainsi que ceux qui présentaient de façon exclusive (100 %) un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture), ont été exclus. D'après les tests statistiques usuels (test d'égalité des proportions), le panel formé en 2002 peut être considéré comme représentatif de la population régionale de référence. En outre, l'échantillon a été complété au fil des enquêtes qui se sont succédées entre mars 2002 et mai 2004, afin de répondre au phénomène d'attrition classiquement observé dans la construction de panels.

<sup>2</sup> Pour une présentation plus exhaustive de la construction du panel MG PACA, se reporter à diverses autres publications de l'équipe [1-3].

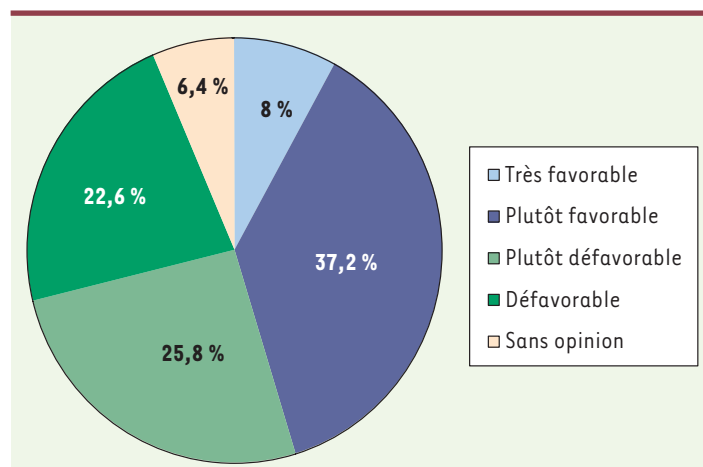


Figure 1. Répartition des opinions concernant le dispositif « médecin traitant ».

	Oui	Non	NSP
Reconnaissance du rôle pivot du MG	58,1 %	40,7 %	1,2 %
Charge de travail supplémentaire	86,8 %	13,2 %	0 %
Meilleure orientation des patients	60,9 %	35,6 %	3,5 %
Amélioration des échanges avec les spécialistes	35,8 %	60,4 %	3,8 %
Économies pour l'assurance maladie	29 %	60,5 %	10,5 %
Meilleure efficacité du dispositif s'il est associé à des rémunérations spécifiques	48 %	45,5 %	6,5 %

Tableau 1. Critères d'adhésion ou non au dispositif « médecin traitant ». NSP : ne se prononcent pas.

## Procédure et questionnaire

Les médecins du panel ont été interrogés par téléphone entre janvier et mars 2006 à l'aide du système CATI (*computerized assisted telephone interview*) par des enquêteurs professionnels munis d'un questionnaire standardisé (taux de réponse : 95 % hors retraite, déménagement et remplacement de longue durée). Celui-ci portait sur les « pratiques de prévention », une partie des questions étant issue du *Baromètre Médecin Généraliste* de l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé [4] ; d'autres questions portaient aussi sur l'activité générale des médecins, sur leurs opinions concernant les réformes de l'assurance-maladie, et sur la recevabilité par les médecins généralistes de nouvelles formules de rémunération.

## Analyses statistiques

Le volet de l'enquête portant spécifiquement sur l'opinion des MG sur les réformes de l'assurance-maladie a d'abord été analysé « à plat » (sur l'ensemble de la population des médecins sans chercher à la segmenter selon certaines caractéristiques), puis par une régression logistique qui cherche à identifier les facteurs d'adhésion des médecins à la mesure centrale de la réforme du 13 août 2004, le dispositif médecin-traitant. La sélection de ces variables - effectuée selon une procédure pas-à-pas - s'est faite avec un seuil de significativité de 10 %, à partir de l'intégralité des variables disponibles dans la sixième vague d'enquête du panel MG PACA (voir *Encadré*, concernant pratiques de prévention et sentiment d'efficacité).

## Résultats de l'enquête et analyse

### La loi de réforme de l'assurance-maladie

Parmi les médecins interrogés, 45 % se sont déclaré très ou plutôt favorables au dispositif du médecin traitant tandis que 48 % ont émis un avis plutôt ou très défavorable (Figure 1). Bien que près de 60 % des médecins admettent que ce dispositif est une reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste, ou qu'il devrait permettre une meilleure orientation des patients, 87 % se plaignent de la charge de travail supplémentaire qu'il devrait entraîner, et peu (29 %) sont convaincus qu'il permettra des économies. Environ la moitié des médecins insiste sur la nécessité d'associer ces nouvelles missions à un système de rémunération spécifique (Tableau 1).

Selon les résultats de l'enquête, peu de médecins (38 %) sont réellement favorables à une extension d'une rémunération forfaitaire et 73 % des médecins tiennent au paiement à l'acte comme source prin-

cipale de rémunération. Parmi les médecins qui ne refusent pas catégoriquement l'extension des rémunérations forfaitaires<sup>3</sup>, un peu plus d'un sur deux (56 %) s'accommoderait d'un forfait global, vala-

<sup>3</sup> Pour des raisons évidentes de respect des médecins interrogés, la question n'était posée qu'aux médecins n'ayant pas répondu un « non ferme » à la question (décrite ci-dessus) : « êtes-vous favorable à une proportion plus importante de forfaitisation dans l'évolution de votre système de rémunération ? ».

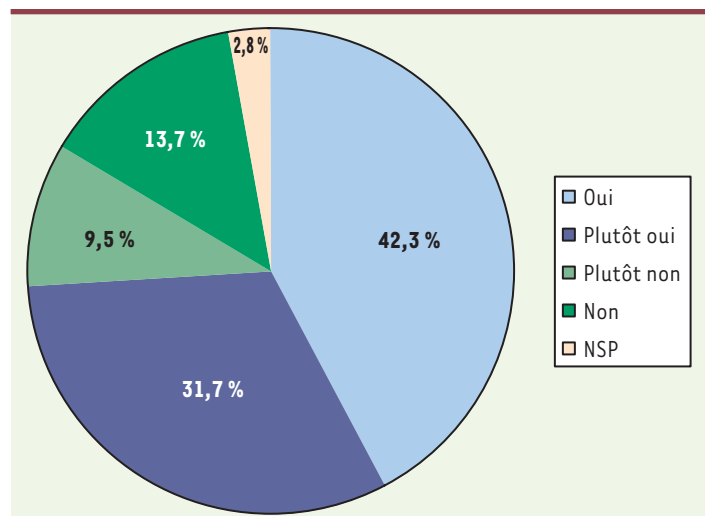


Figure 2. Êtes-vous favorable à la mise en place du DMP ?

	Oui	Non	NSP
Ne plus être affecté par l'instabilité du paiement à l'acte	52,9 %	45,8 %	1,3 %
Éviter des tâches administratives	84,9 %	13,8 %	1,3 %
Cohérence avec un suivi durable et personnalisé du patient	68,5 %	27,7 %	3,8 %
Éviter le rapport à l'argent imposé par le paiement à l'acte	59,7 %	39,5 %	0,8 %

Tableau II. Motivations pour accepter d'être salarié(e) par des mutuelles. NSP : ne se prononcent pas.

Selon vous, le DMP...	Oui	Non	NSP
Contribue à l'amélioration de la qualité des soins	75,3 %	19,7 %	5 %
Améliore votre connaissance des problèmes médicaux de vos patients	65,1 %	31,2 %	3,7 %
Facilite le travail en coordination avec vos confrères	66,6 %	30 %	3,4 %
Permet des économies de dépenses de santé	71,5 %	26,2 %	2,3 %
Pose des problèmes de respect du secret professionnel	80 %	16,4 %	3,6 %
Entraîne un surcroît de travail incompatible avec la charge des médecins	60 %	34,8 %	5,2 %
Pose des problèmes de responsabilité médicale	52,7 %	34 %	13,3 %

Tableau III. Motivations pour le DMP.

ble pour tous les patients, plutôt que de forfaits spécifiques d'un type de maladie ou de patient (ce dernier représentant le système en vigueur sous l'ancien dispositif dit du « médecin référent »). Le salariat, à tout prendre, serait même plus volontiers choisi : 64 % des médecins sont disposés à voir plus de 50 % de leur activité rémunérée sous forme salariale. Les raisons en sont particulièrement intéressantes. En effet, à la question, « quelles seraient vos éventuelles motivations pour accepter d'être salarié(e) par des mutuelles ? », 85 % répondent être d'accord avec cette proposition « pour éviter les tâches administratives », 68 % parce qu'ils considèrent que « c'est cohérent avec un suivi durable et personnalisé du patient » et 59 % « pour éviter le rapport à l'argent imposé par le paiement à l'acte » (Tableau II).

Les trois-quarts des médecins interrogés sont favorables au dossier médical personnel (Figure 2) et une proportion identique pense qu'il devrait contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ; 80 % des médecins interrogés déclarent qu'il devrait faciliter le travail de coordination avec les autres confrères. Cependant, 65 % pensent aussi que le DMP posera des problèmes de respect du secret professionnel, 66 % qu'il entraînera un surcroît de travail et 60 % qu'il soulèvera des problèmes de responsabilité médicale (Tableau III). Une opinion globalement favorable certes, mais avec de sérieuses réserves.

### La loi de santé publique

À la question « selon vous, les médecins généralistes dans leur ensemble devraient-ils mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans leurs pratiques de soins ? », 76 % des médecins interrogés ont répondu positivement. A la question « selon vous, quelles conditions seraient nécessaires pour que les

médecins généralistes libéraux contribuent activement et régulièrement à la mise en œuvre d'une politique de santé publique » plusieurs propositions ont été faites : bénéficier d'une formation en santé publique (80 % de réponses positives), rémunération spécifique de ces activités (87 %), campagne d'information présentant ces nouvelles missions aux patients (plus de 90 %), et aide en personnel pour ces nouvelles missions (69 %). L'idée, testée dans le questionnaire, d'employer des « auxiliaires de santé » remporte une adhésion relative : 63 % y sont favorables, mais 34 % s'y déclarent opposés par

principe (*Tableau IV*). En pratique, seul un médecin sur dix participe déjà à la surveillance épidémiologique, un tiers déclare ne pas avoir le temps de la faire et un sur dix considère que cela ne fait pas partie de sa mission.

Seuls 28 % des médecins interrogés lors de notre enquête ont répondu participer à l'évaluation des pratiques professionnelles organisée par les Unions régionales de médecins libéraux (URML). Mais cette activité étant devenue obligatoire, ce pourcentage devrait largement augmenter. Enfin, les principales sources d'information utilisées en matière de prescriptions déclarées par les médecins sont l'expérience avec les patients (très souvent à souvent : 84 %), qui précèdent les dictionnaires (64 %) et, loin derrière, les référentiels de bonne pratique (37 %).

### Profil des médecins ayant une bonne opinion sur la réforme du médecin traitant

Le dispositif « médecin traitant » est la mesure phare de la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004. Mais les résultats de l'enquête montrent que la population de médecins est globalement partagée entre l'adhésion et le rejet (avec une courte majorité pour le second). Pour y voir plus clair, « l'adhésion » a été analysée grâce à une régression logistique permettant d'identifier les variables les plus marquantes associées à une opinion positive sur la réforme. Le *Tableau V* en donne les résultats pour 492 médecins (ceux qui ont répondu parmi l'échantillon initial). L'adhésion au dossier médical personnel, l'évaluation des tâches administratives associées à l'exercice médical, la part du revenu professionnel dans le revenu familial, l'âge et un sentiment d'inefficacité en matière de prévention dans l'utilisation des drogues (toxicomanies) sont des variables qui influent sur la probabilité d'adhésion à la mesure « médecin traitant ». Le médecin âgé de plus de 58 ans, percevant un revenu professionnel représentant 50 % à 75 % du revenu familial, mais surtout, se sentant peu accaparé par les tâches administratives associées à l'exercice médical, s'affirmant plutôt favorable au dossier médical personnel et se considérant inefficace en matière de prévention des toxicomanies, serait le profil type du médecin ayant le plus de chance d'adhérer à la mesure du « médecin traitant ».

### Discussion

L'enquête révèle d'abord un faible enthousiasme de la profession face à la réforme du médecin traitant. On peut rapprocher ce résultat de ceux des élections des représentants des URML en mai 2006 : au cours de celles-ci, les syndicats les plus contestataires vis-à-vis des récentes réformes de santé publique ont fait le plein des voix. Mais l'analyse, outre une évaluation globale du positionnement des médecins, permet également de discuter les variables qui apparaissent les plus corrélées à leur position.

De façon peu surprenante, une opinion favorable quant à la mise en place du dossier médical personnel est le premier élément corrélé avec l'adhésion au dispositif médecin-traitant ; le train de réformes du 13 août 2004 est donc bien perçu comme un ensemble homogène, ce dont témoigne l'adhésion, ou le rejet, en bloc, de ces mesures. L'autre variable qui pourrait être conforme à cet état d'esprit de rejet, ou d'adhésion, en bloc est « le nombre d'heures consacrées à des tâches administratives et de gestion » : plus l'estimation en est élevée, plus l'adhésion s'avère difficile. Que ce déclaratif soit très fidèle à la réalité, ou entaché de subjectivité (les médecins en opposition structurelle à l'assurance-maladie peuvent avoir tendance à surestimer ces tâches, même inconsciemment), il y a un sentiment d'encadrement administratif excessif chez certains médecins, qui apparaît comme une variable significative expliquant le rejet de la réforme.

Un autre élément, plus étonnant celui-là, est l'âge. Le dispositif du « médecin traitant » est plus difficilement accepté par les jeunes médecins : 56 % de ceux qui ont moins de 47 ans, mais 45 % de ceux qui ont 58 ans et plus, sont opposés à la réforme. Il est vrai que la réforme, qui inscrit durablement les patients dans la

clientèle du praticien, tend à avantager les médecins déjà installés et bien positionnés dans leur zone de recrutement, au détriment sans doute des médecins jeunes et nouvellement installés (les trentenaires), n'ayant pas atteint le plateau maximal d'activité. De fait, à la question sur le « ressenti de la concurrence entre médecins », près de 13 % des médecins de moins de 47 ans ressentent une concurrence, mais seulement 7 % de ceux qui ont de 53 à 57 ans. Cette explication « économique » n'est peut-être pas seule en cause dans le facteur « âge » d'adhésion à la réforme. Par exemple, les jeunes médecins auraient souhaité une réforme

	Oui	Plutôt Oui	Plutôt Non	Non	NSP
Instaurer une formation à la santé publique	45 %	34,7 %	5,9 %	12,8 %	1,6 %
Assortir ces activités de rémunérations	71,5 %	16 %	2,5 %	9,1 %	0,9 %
Bénéficier d'une aide en personnel pour ces nouvelles missions	55,3 %	14,6 %	4,8 %	22,4 %	2,9 %
Organiser une campagne d'information des patients	82,1 %	8,4 %	1,9 %	6,5 %	1,1 %

**Tableau IV. Conditions nécessaires pour que les MG contribuent activement et régulièrement à la mise en œuvre d'une politique de santé publique ?** NSP : ne se prononcent pas.

## VARIABLES DISPONIBLES

### 1. Questions concernant les pratiques de prévention

#### • Avec quelle fréquence réalisez-vous les actions de prévention suivante ?

- Proposer une mammographie de dépistage du cancer du sein à vos patients entre 50 et 75 ans, tous les deux ans.
- Proposer un sevrage tabagique chez vos patients fumeurs.
- Repérer des problèmes de poids chez l'enfant.
- Relever l'Indice de Masse Corporelle des patients et le situer au regard des seuils.
- Proposer l'utilisation d'un carnet alimentaire chez vos patients obèses.
- Informer les jeunes patients sur la contraception.
- Proposer un test hémocult à tous vos patients et patientes entre 50 et 75 ans, tous les deux ans.
- Proposer une information aux patients sur les risques de l'automédication.
- Repérer les éventuels effets iatrogènes des poly-prescriptions chez les personnes âgées.
- Proposer une consultation annuelle de prévention.

#### • En cabinet, utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ?

#### • Lors de la prise en charge d'un sujet tabagique, évaluez-vous le degré de dépendance de vos patients fumeurs ?

Pour toutes ces questions, l'échelle de réponse proposée est identique : très souvent, souvent, parfois, jamais, ne sais pas, non réponse.

#### • Demandez-vous à vos patients s'ils fument ?

- À quel rythme posez-vous cette question à vos patients ?

#### • Demandez-vous à vos patients fumeurs s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer ?

- À quel rythme posez-vous cette question à vos patients fumeurs ?

Pour ces deux questions, l'échelle de réponse est la suivante : à chaque consultation, fréquemment, pas de rythme précis, à l'occasion d'un problème de santé lié au tabac, ne sais pas, non-réponse.

### 2. Sentiment d'efficacité

#### Q33 (INPES). Vous personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans les domaines suivants ?

- Alcoolisme
- Tabagisme
- Alimentation
- Exercice physique
- Utilisation de drogues
- Usage du préservatif
- Dépistage des cancers
- Abus de médicaments psychotropes
- Accidents de la vie courante

#### Q34 (INPES). Dans l'éducation de vos patients asthmatiques, vous sentez-vous... ?

#### Q35 (INPES). Dans l'éducation de vos patients diabétiques, vous sentez-vous... ?

#### Q36 (INPES). Dans l'éducation de vos patients ayant de l'hypertension, vous sentez-vous... ?

Modalité de réponse : très efficace, assez efficace, peu efficace, pas du tout efficace, non concerné, ne sait pas.

plus large et plus radicale ; ou bien - mais cela nous ramène encore à un raisonnement économique - les médecins jeunes attendaient également une réforme des modes de rémunération.

Plus le sentiment d'efficacité des médecins est élevé en matière de prévention des toxicomanies, moins l'adhésion au dispositif médecin traitant est marquée. Cette variable est la seule, parmi celles qui touchent aux pratiques, et parmi l'ensemble des autres variables disponibles sur les actions de prévention et la santé

publique, qui émerge comme significative dans notre modélisation de l'adhésion à la réforme. Il y aurait donc peu de connexions entre l'adhésion à la mesure de politique publique et des profils « de pratiques médicales » des médecins, qui se distingueraient par exemple sur leur disposition à assumer des activités d'éducation à la santé ou de prévention. Il est même quelque peu étonnant qu'une variable de pratique préventive jugée « secondaire » (l'efficacité perçue à prévenir l'usage de drogues) comparée à d'autres dont le retentissement est plus important dans les populations concernées (tabac, alcool, dépistages des problèmes cardiovasculaires, vaccinations) apparaisse comme significative. Sans doute reflète-t-elle les caractéristiques d'une sous-population de médecins très singulière (et peu favorable à la réforme) : médecins fortement engagés auprès des populations à risques, pauvres ou précaires, qui attendaient de la réforme un bénéfice beaucoup plus grand pour ces populations ; ou médecins très attachés aux libertés individuelles, et qui voient dans le dispositif du médecin-traitant une atteinte à celles-ci.

Enfin, le fait que les revenus de l'activité médicale constituent une part essentielle (50 à 75 %) des revenus du ménage semble majorer la fréquence d'adhésion à la réforme. Il ne s'agit pas d'un biais lié au sexe du médecin : les médecins hommes sont, plus fréquemment que leurs homologues femmes, des contributeurs importants aux revenus du foyer, et l'on aurait pu attribuer la significativité de cette variable à un biais homme-femme, mais ce n'est pas le cas<sup>4</sup>. Comme l'âge, elle doit peut-être être interprétée comme

reflétant la constitution de patientèle ; les médecins ayant une faible activité (contribuant peu aux revenus de leurs ménages) sont peu favorables à la réforme.

Les réformes de l'été 2004 rencontrent finalement un accueil mitigé dans la communauté de médecins

<sup>4</sup> Notons que le genre du médecin (homme / femme) ne joue pas dans l'adhésion au dispositif médecin-traitant, et ce même lorsque la relation est évaluée dans un simple modèle bivarié.

Variable	MG favorables à la réforme*	OR	IC à 95%		p
<b>Êtes-vous favorable au Dossier Médical Personnel ?</b>					0,0003
Plutôt oui à oui	53 %	2,482	1,544	3,988	
Plutôt non à non	31 %	1,000			
<b>En 2005, combien d'heures en moyenne par semaine avez-vous consacré à des tâches administratives et de gestion ?</b>					0,0125
Moins de 4 heures	50 %	2,027	1,188	3,458	
Entre 4 et 8 heures	54 %	1,922	1,195	3,090	
9 heures et plus	37 %	1,000			
<b>Quelle est la part des revenus de votre activité médicale dans le revenu total de votre ménage ?</b>					0,0398
50 % et moins	41 %	1,000			
Entre 50 % et 75 %	59 %	2,337	1,210	4,515	
Plus de 75 %	47 %	1,482	0,867	2,534	
<b>Âge</b>					0,0698
Moins de 47 ans	44 %	0,560	0,328	0,957	
Entre 48 et 52 ans	44 %	0,554	0,326	0,939	
De 53 à 57 ans	50 %	0,845	0,490	1,458	
58 ans et plus	55 %	1,000			
<b>Vous sentez-vous efficace pour changer les comportements des patients dans le domaine de l'utilisation des drogues ?</b>					0,0162
Pas du tout efficace	60 %	1,000			
Peu efficace	49 %	0,283	0,149	0,537	
Assez efficace	30 %	0,611	0,371	1,004	
Très efficace	37 %	0,470	0,147	1,505	
<b>Variables de contrôle</b>					
<b>Sexe</b>					0,5184
Femmes	45 %				
Hommes	49 %				
<b>Vous sentez-vous efficace pour changer les comportements des patients dans le domaine de l'alcool ?</b>					0,1266
Pas du tout efficace	55 %				
Peu efficace	50 %				
Assez efficace	37 %				
Très efficace	71 %				

**Tableau V. Adhésion à la mesure médecin-traitant.** Régression logistique : 1 = favorable, n = 492 MG. \* Dans la sous-population concernée par la modalité décrite.



généralistes libéraux, à laquelle elle s'adresse principalement. Globalement, les MG reconnaissent le caractère fondé des réformes : les améliorations de la prise en charge des patients que ces réformes peuvent entraîner les intéressent, mais les efforts à consentir sur le plan non médical (la charge administrative afférente) tempèrent cet intérêt. Concernant la réforme de l'assurance-maladie, une attente vis-à-vis de la revalorisation des actes liée à la réforme du médecin traitant semble poindre. Mais, parallèlement, les réponses des MG au questionnaire révèlent un fort attachement au paiement à l'acte. Elles suggèrent néanmoins qu'une réforme des schémas de paiement, si elle devait être envisagée, devrait se faire plutôt en faveur d'éléments nettement forfaitaires (salarial plutôt que capitation, forfait par patient plutôt que par maladie). Concernant la loi de santé publique, une nouvelle fois, les MG sont en situation de forte demande de formation, l'investissement dans les missions de santé publique supposant au préalable la connaissance et l'appropriation des référentiels de pratique.

La population de MG de la région PACA n'est certes pas homogène dans l'appréciation de ces réformes. Mais la moindre adhésion exprimée par les jeunes générations, si elle peut se comprendre notamment au travers d'argumentaires économiques liés à leur entrée dans l'exercice, questionne tout de même la portée et l'avenir de celles-ci. Elle peut même devenir préoccupante, au vu des problèmes de recrutement croissants éprouvés par la médecine générale de ville. ♦

## SUMMARY

### The general practitioners in front of reforms: the reactions of the sample group of liberal physicians of the region PACA

This article intends to analyse the opinion of general practitioners (GPs) about the two laws of July 2004, relating to the health insurance reform and to public health planning. We used a panel data sample of 528

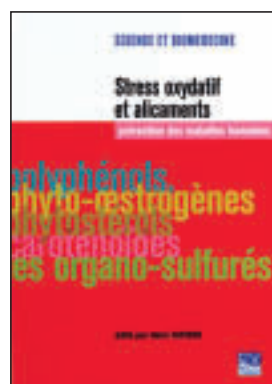
GPs practising in Provence Alpes Côte d'Azur in order to analyse the determinants of physicians' adherence to the reform, using multinomial logistic regression models. The results show that GPs do not seem to be fully convinced by this reform (45% agree with it, whereas 48% don't): this mistrustful opinion is more marked for young physicians and appears little correlated with their practices. 75% of the GPs are favourable to the Personal Medical File (*Dossier Médical Personnel* in french) and 76% estimate that they should draw a better attention to the public health dimension of their practice. Two barriers concerning GPs' adherence to the « preferred doctor » reform (*réforme du « médecin traitant »*) seem relevant: the burden of administrative tasks and the disadvantage of young physicians who have not already fixed their own clientele. ♦

## RÉFÉRENCES

1. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Rev Fr Affaires Sociales* 2005 ; 1 : 127-60.
2. Verger P, Aulagnier M, Souville M, et al. Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *Am J Prevent Med* 2005 ; 28 : 215-20.
3. Verger P, Gourheux JC, Villani P, et al. Disposition à prescrire en dénomination commune internationale : évolution des attitudes des médecins libéraux en PACA en 2002. *Presse Médicale* 2003 ; 32 : 1009-56.
4. INPES. *Baromètre santé*. In : Guilbert P, Gautier A (sous la direction de). Paris : Éditions INPES, 2006 : 176 p.

## TIRÉS À PART

B. Ventelou



ISBN : 2-84254-111-1 86 pages

## Bon de commande

À retourner à EDK, 2, rue Troyon - 92316 Sèvres Cedex  
Tél. : 01 55 64 13 93 - Fax : 01 55 64 13 94 - E-mail : edk@edk.fr

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Fonction : .....

Je souhaite recevoir l'ouvrage **Stress oxydatif et alicaments** : 14 € + 3 € de port = 17 € TTC

en ..... exemplaire, soit un total de ..... €

Par chèque, à l'ordre de **EDK**

Par carte bancaire :  Visa  Eurocard/Mastercard

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Date d'expiration : | | | | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | |