

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« L'ACCESSIBILITE DES SOINS DE PREMIER
RECOURS : FAUT-IL SUPPRIMER L'EXERCICE
LIBERAL ISOLE »**

– Groupe n° 24 –

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| – CAILLEUX Jean-Louis | – LHEUREUX Andrée |
| – CASSE Daniel | – MAILLOT Claire |
| – DOGUET Jean- François | – NGOMBI Myriam |
| – DOLE Grégory | – NGOUOTO Alain |
| – GARCIA Claire | |

Animatrice :

- *LEVASSEUR Gwénola*

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	4
I – Le médecin généraliste libéral isolé : un mode d'exercice traditionnel en mutation....	6
1.1 Un état des lieux partagé.....	6
1.1.1 La mise en évidence d'une situation problématique	6
1.1.2 Des réponses institutionnelles jusqu'ici insatisfaisantes	8
1.1.3 L'enjeu de la permanence des soins	9
1.2 La nécessité de maintenir la possibilité d'un exercice libéral isolé.....	11
1.2.1 Une possibilité à laquelle les différents acteurs restent attachés.....	11
1.2.2 La médecine générale libérale individuelle, exercée selon certaines modalités, s'avère opérationnelle	12
1.2.3 Les expériences québécoises et leurs enseignements.....	14
2 Une organisation de la médecine libérale isolée à repenser pour garantir l'accessibilité des soins:	17
2.1 Les formes alternatives à l'exercice libéral isolé existent déjà.	17
2.1.1 Un exercice isolé qui n'en a que l'apparence	17
2.1.2 Des modes d'exercice alternatifs qui prennent la forme de regroupements ou de réseaux formels	19
2.1.3 Des formes alternatives mises en avant par les pouvoirs publics : les pôles de santé et les maisons de santé	22
2.2 Permettre une meilleure reconnaissance du médecin généraliste en vue de son intégration dans une dynamique de territoire au service d'un meilleur accès des soins.	23
2.2.1 Une réflexion sur le métier en vue de recentrer l'activité sur le temps médical	24
2.2.2 L'intégration du médecin généraliste libéral dans une dynamique territoriale.	25
2.2.3 La nécessité de rendre attractif l'exercice de la médecine libérale.....	27
Conclusion	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	Erreur ! Signet non défini.

Remerciements

Ce travail n'a été possible que par l'implication des personnes qui se sont rendues disponibles et à qui vont nos sincères remerciements.

Tout particulièrement Madame Gwénola LEVASSEUR, Professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Rennes I et animatrice du groupe, pour son écoute toujours attentive, son accompagnement et son précieux rôle d'interface pour les entretiens.

Egalement, pour leur disponibilité lors des entretiens, les médecins et les représentants d'organismes :

Monsieur Y. ALLIOUX, de l'ARH de Rennes,

Dr A. BALCON Médecin généraliste à Rennes,

Dr D. BARBEAU, Médecin généraliste à Irodouër,

Monsieur T. BURLLOT, Président de la Communauté de communes du Pays de Lanvollon Plouha.

Dr C. CORRRE, Médecin généraliste à Montgermont,

Dr A. DE GUIBERT, Médecin généraliste à Rennes,

Dr G. DUREL, Médecin généraliste à Tinteniatic,

Dr E. HINGANT, Médecin généraliste, Présidente de l'URML Bretagne,

Monsieur C. IMBERT, Directeur de l'URCAM de Bretagne,

Dr L. JOULAUD, Médecin généraliste à Mt Saint Hervé,

Et enfin Monsieur F.-X. SCHWEYER, enseignant-chercheur, responsable du MIP, ainsi que son équipe pour la disponibilité dont ils ont fait preuve.

Liste des sigles utilisés

AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population
APIMED : Amélioration des Pratiques et de l'Information MEDicale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CDM : Comité de la Démographie Médicale
CMFC : Collège des Médecins de Famille du Canada
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGS : Direction Générale de la Santé
DH : Directeur d'Hôpital
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMP : Dossier Médical Personnel
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DS : Directeur des Soins
DSSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
EGOS : Etats Généraux de l'Organisation des Soins
ENC : Epreuves Nationales Classantes
FMS : Fédération de Maisons de Santé
HAD : Hospitalisation A Domicile
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IGA : Inspection Générale de l'Administration
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MRS : Mission Régionale de Santé
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URMLB : Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne

Introduction

« [...] Chacun saisit les effets des lacunes [de notre système de santé] au quotidien qui sont autant de brèches dans le pacte de 1945 : répartition inégale des moyens, permanence des soins parfois mal assurée, saturation des urgences par endroit, parcours de soins souvent difficiles, insuffisante coordination entre les professionnels de santé. [...] »¹.

Les nombreux rapports publiés récemment² font état de cette situation, et soulignent ainsi que les questions relatives à la santé et à l'organisation du système de santé occupent une place centrale au sein des priorités des pouvoirs publics.

Dans ce contexte, « les EGOS constituent le point d'orgue d'un cycle de réflexion, d'une ampleur inédite, sur l'organisation du premier recours »³.

Cette démarche traduit la volonté d'une responsabilisation et d'une implication des différents acteurs en vue de participer à l'élaboration de propositions susceptibles d'être reprises dans un double dispositif, législatif et conventionnel⁴.

Cette dynamique illustre la prise de conscience d'un contexte marqué par une diminution du temps médical disponible alors même que les besoins en santé des populations vont croître.

En effet, en premier lieu, l'offre médicale, qui pourtant n'a jamais été aussi importante en France, va diminuer, selon les projections de la DREES⁵, dès l'année 2009. Cette diminution est la conséquence du vieillissement de la profession, et d'une évolution des aspirations des jeunes médecins en termes de qualité de vie.

¹ Discours de Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 09/04/2008, *Conclusions des EGOS*.

² Larcher G, 01/2008, « Rapport de la Commission de la concertation sur les missions de l'hôpital », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

Flajolet A, 04/2008, « Rapport de la Mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

Ritter P, 01/2008, « Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

³ Discours de Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, op cit..

⁴ Dans le cadre d'une nouvelle législation envisagée sur la modernisation de l'accès aux soins et du dispositif de conventionnement entre l'UNCAM et les professionnels de santé.

⁵ DREES, 11/2007, « L'exercice de la médecine générale libérale- Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Etudes et Résultats n°610*. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>

De plus, l'insuffisance à venir de cette offre est couplée à une inégale répartition géographique caractérisée par une forte disparité du nombre de médecins entre les régions et les départements, tant en zone urbaine que rurale.

Parallèlement, la demande et les besoins de santé s'intensifient du fait du vieillissement de la population, et d'une attitude consumériste qui perdure.

Fort de ce constat, l'Etat, garant du principe de l'égal accès aux soins pour tous⁶, a entrepris de réformer en profondeur l'ensemble du système de santé, tant hospitalier qu'ambulatoire.

L'accessibilité aux soins « se définit d'abord en termes de distance ou d'éloignement du consommateur à l'équipement ou au producteur de soins recherché, mais aussi en termes d'adaptation de l'offre au comportement spatial de la population »⁷. Il apparaît que l'accessibilité aux soins recouvre différentes dimensions, à la fois géographique, culturelle et sociale.

Cette notion doit aussi être distinguée de notions proches mais différentes.

Ainsi, en est-il de la continuité des soins qui « se réfère à la capacité des patients à avoir accès aux soins de santé en misant au fil du temps sur le même dispensateur de soins »⁸. Cette notion peut aussi être envisagée plus largement, dans le cadre de la fourniture d'un « panier de soins ».

La Permanence Des Soins (PDS) quant à elle, est une composante particulière de l'accessibilité aux soins. Elle constitue « une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient »⁹. La PDS vise à permettre un accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Ces différentes notions reflètent aujourd'hui les principaux enjeux auxquels est confronté notre système de santé qui doit pouvoir assurer un égal accès aux soins pour tous, répondre aux attentes des citoyens, des élus et des médecins et assurer une offre de soins de premiers recours équilibrée sur le territoire.

⁶ Article L 1110-1 du Code de la Santé Publique.

⁷ Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F, CREDES, 07/2001, « Les soins de proximité : une exception française », *Biblio n° 1354*.

⁸ Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F, op.cit.

⁹ Rapport Descours, relatif à la permanence des soins, 2003, *Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Paris*.

Les soins de premier recours ont été pour la première fois définis lors des EGOS en 2008¹⁰. Ces soins « *comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et affections courantes, la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux, l'orientation dans le système de soins et l'éducation de la santé* ».

Dans ce cadre, le médecin généraliste constitue depuis la loi du 13 août 2004¹¹, le 'pivot' de l'accès aux soins en assurant de manière privilégiée les soins de premier recours délivrés à la population. La dispensation de ces soins repose essentiellement sur la médecine libérale qui peut être exercée de manière isolée, entendue comme individuelle, ou en groupe.

Les fondements de la médecine libérale trouvent leur origine dans les principes énoncés en novembre 1927 dans la Charte de la médecine libérale.

La mise en place progressive d'un système d'assurance maladie a permis la solvabilité collective de la demande de soins de santé et a ainsi peu à peu remis en cause nombre de ces principes.

Aujourd'hui, face à la perspective d'apparition de « déserts médicaux », les pouvoirs publics envisagent d'aménager le principe de la liberté d'installation. Plusieurs mesures incitatives ont déjà été mises en œuvre, mais n'ont eu jusqu'à présent que des effets à longue échéance ou limités. De nouvelles pistes, plus coercitives, sont préconisées, principalement la généralisation du modèle des maisons de santé pluridisciplinaires, plus globalement un mode d'exercice regroupé, dans le cadre de schémas territoriaux.

Face à cet enjeu sociétal majeur que constitue l'accessibilité des soins de premier recours sur l'ensemble du territoire, il est légitime de s'interroger sur l'opportunité de maintenir l'exercice de la médecine libérale isolée, objet de nombreuses critiques.

L'ensemble des investigations menées a mis en lumière que l'exercice de la médecine libérale isolée sous sa forme actuelle ne répond que partiellement à l'exigence d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire (partie 1).

Il convient donc d'envisager des formes alternatives et innovantes, propres à garantir l'effectivité de ce principe de valeur constitutionnelle¹² (partie 2).

¹⁰ Cette définition doit être intégrée prochainement dans le Code de la Santé Publique.

¹¹ Loi n°2004-810 du 13/08/2004 relative à l'Assurance Maladie.

¹² Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27/10/1946

Méthodologie

Le groupe de travail n° 24 est constitué de 9 participants issus de différentes filières : 2 IASS, 2 DS, 2 DH, et 3 D3S.

La commande qui nous était faite consistait à la production d'un rapport à partir du thème « l'accessibilité des soins de premier recours : faut-il supprimer l'exercice libéral isolé ? » en s'appuyant sur les expériences de la région Bretagne et du Québec.

Périmètre du sujet et angle choisi :

A la suite de l'exposé de la problématique par Mme Levasseur, Professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Rennes I, le groupe a choisi, faute d'une littérature abondante relative à la pratique de la médecine libérale isolée, d'axer sa démarche d'investigation sur la rencontre de professionnels exerçant dans des zones contrastées du territoire breton (urbaines et rurales) et des représentants des différentes institutions concernées (URCAM, URMLB, ARH ...)

Tout d'abord, notre choix s'appuie sur le constat partagé par le groupe, que l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Or, cette question est au cœur du problème de l'accessibilité des soins de premier recours. De plus, nous constatons que malgré les efforts des pouvoirs publics pour tenter de réguler et améliorer l'accès aux soins, les dispositifs ont montré leurs limites, certains dans leur application, et d'autres, faute de consensus. De nombreuses propositions d'action sont envisagées ; raisons pour laquelle il ne nous paraît ni pertinent, ni nécessaire d'en élaborer de nouvelles.

Sources exploitées :

La première étape de notre travail a porté sur la prise de connaissance et l'analyse du dossier documentaire, lequel référait à diverses autres sources Internet.

Les rencontres avec Mme Levasseur nous ont permis de recentrer notre problématique et de planifier nos tâches ; Mme Levasseur ayant pris le soin de nous introduire auprès des professionnels et des institutions.

Afin d'objectiver et de faciliter l'exploitation des données recueillies, nous avons préalablement aux rendez-vous, rédigé une grille d'entretien semi directif à l'intention des médecins¹³

¹³ Cf. annexe n° 3.

Nous avons rencontré des professionnels avec des parcours et des profils très diversifiés : jeunes médecins et médecins confirmés, en zone rurale et urbaine, avec un mode d'exercice traditionnel ou plus atypique.

Pour enrichir notre réflexion et avoir la vision institutionnelle de la question, il nous a semblé pertinent de rencontrer des représentants de la profession (URMLB) et d'autres interlocuteurs concernés par cette problématique pour lesquels nous avons élaboré des questions plus spécifiques à leurs missions.

Du fait de la spécificité de la Bretagne, et notamment de sa forte composante rurale, il nous a semblé opportun de recueillir le point de vue des élus locaux pour lesquels l'accessibilité aux soins constitue un enjeu fondamental en termes d'aménagement et de dynamiques territoriales. Le point de vue du président de la Communauté de communes de Lanvollon-Plouha est dans ce sens, un bon exemple.

Organisation du travail en groupe :

- conduite et restitution des entretiens par binôme.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur site.

Les entretiens se sont déroulés conformément à nos attentes. Les personnes interrogées ont manifesté un grand intérêt pour notre sujet, et nous ont apporté des éclairages précieux en réponse à notre problématique. Nous avons retranscrit les entretiens qui ont fait l'objet de restitutions orales devant le groupe.

Ils nous ont permis de vérifier les hypothèses émises à la lecture de la documentation disponible sur le sujet.

- rédaction du mémoire.

L'élaboration du plan n'est intervenue qu'après la réalisation des entretiens ; il a fait l'objet de plusieurs adaptations au vu des propositions du groupe.

Après répartition du travail de rédaction du corps du mémoire par groupe de trois, nous avons mis en commun et harmonisé l'ensemble de notre production.

Cette réflexion commune a été une occasion forte d'échanger des points de vue tant sur le sujet qui nous concerne tous, que sur d'autres aspects concernant notre vie professionnelle future.

La complémentarité de chacun a créé une dynamique constructive dans l'élaboration du travail

I – Le médecin généraliste libéral isolé : un mode d'exercice traditionnel en mutation

1.1 Un état des lieux partagé

1.1.1 La mise en évidence d'une situation problématique

De façon globale nous constatons une absence de données fiables, cohérentes et partagées, qui est préjudiciable à la définition d'une politique sur les effectifs libéraux.

Sur l'ensemble du territoire français en 2004, la densité médicale était de 340 médecins pour 100 000 habitants. Elle se situait ainsi au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (289) et légèrement au-dessus de celle de l'Union européenne à 15 (326)¹⁴.

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la densité médicale globale devrait reculer d'environ 15 % (de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2002 à 283 en 2025, soit un niveau équivalent à celui de 1985)¹⁵.

Cependant, il n'y a pas de constat alarmant à ce jour, notamment en Bretagne où nous relevons que 97% des habitants sont domiciliés à moins de 5 km d'un généraliste. La densité régionale moyenne est de 110 généralistes pour 100 000 habitants et peut atteindre plus de 600 pour une commune donnée¹⁶.

Plus que par une insuffisance globale de praticiens, la France se caractérise par leur inégale répartition tant territoriale que disciplinaire.

Selon la Cour des Comptes notamment, le principe de libre installation a entraîné de fortes disparités de densité médicale¹⁷.

La répartition géographique des médecins libéraux, à l'instar de celle de l'ensemble du corps médical, montre de manière générale un héliotropisme marqué et donc une opposition très forte entre le nord et le sud du pays, exception faite de l'Ile-de-France.

En ce qui concerne la Bretagne, ces disparités prennent la forme d'un 'thalassotropisme'.

¹⁴ Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale, 09/2007, Chapitre 8 « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins ». <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000560/0000.pdf>

¹⁵ DREES, 11/2007, « L'exercice de la médecine générale libérale- Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Etudes et Résultats n°610*. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>

¹⁶ URCAM, 09/2003, « La médecine générale en Bretagne », *Les dossiers de l'URCAM Bretagne N°14 (spécial)*.

¹⁷ Rapport CCptes, op. cit..

Les zones dans lesquelles des problèmes existent sont des zones rurales isolées et la périphérie de certaines villes. Si les conclusions des travaux de l'assurance maladie et des Missions Régionales de Santé (MRS) aboutissent à un résultat équivalent (4 % de la population serait concerné par des difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui conduit à relativiser le constat de « pénurie »), les zones déficitaires définies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les MRS ne se superposent que partiellement¹⁸.

Cette situation pose problème car le classement des zones est opposable aux partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale. En effet celui-ci dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans ces zones déficitaires.

Médecin de premier recours, le généraliste est le maillon essentiel dans le parcours de soins coordonné. Il y a là un paradoxe fort entre la désaffection actuelle vis-à-vis de cette spécialité, pointé par la DREES, et les attentes à l'égard du généraliste pour la rationalisation et l'optimisation des soins¹⁹.

Selon la Cour des Comptes, les besoins en médecins et donc leur nombre sont largement dépendants des missions qu'ils remplissent et de l'organisation du système dans lequel ils exercent²⁰.

Le fait de maintenir les questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé à la Direction Générale de la Santé (DGS), alors que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) est chargée du pilotage de l'organisation des soins, laquelle dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins, est à l'origine de difficultés.

¹⁸ Rapport CCptes, op. cit..

¹⁹ DREES, op. cit..

²⁰ Rapport CCptes, op. cit..

1.1.2 Des réponses institutionnelles jusqu'ici insatisfaisantes

De nombreuses instances de régulations ont été créées :

- L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), créé en 2003, a pour mission le diagnostic national comme régional de la démographie des professions de santé.
- Les MRS et le Comité de la Démographie Médicale (CDM), institués par la loi relative à l'assurance maladie de 2004. Ce comité a pour objet la transmission d'un avis sur le *numerus clausus* alors que l'ONDPS est chargé, depuis le plan de démographie médicale de janvier 2006, d'émettre un avis sur les effectifs à former début 2007.
- L'Observatoire Conventionnel de la Démographie Médicale (OCDM), dont la création a été prévue par l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires, pour évaluer l'efficacité de l'aide.

Et aussi diverses mesures ont été prises :

- L'évolution du *numerus clausus* : de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993, puis de 3 850 en 2000 à 7 100 en 2007²¹. Et dernièrement il a augmenté de façon homothétique, suivant en cela une logique universitaire.
- Les Epreuves Nationales Classantes (ENC) : ce système ne permet pas de réguler la répartition entre spécialités, et donc en faveur de celle de la médecine générale.
- Les aides financières incitatives : elles sont délivrées à la fois par l'Etat, l'assurance maladie ou encore les collectivités territoriales, ce qui aboutit à un système illisible. Ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Les médecins généralistes libéraux accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération.

Les mesures d'adaptation du mode d'exercice doivent tenir compte du fait qu'en France, l'exercice médical reste encore majoritairement organisé sur un mode individuel. Ce modèle correspond de moins en moins aux aspirations des jeunes médecins pour des raisons de qualité de vie (limitation des plages horaires,...) et de mode d'exercice professionnel (rejet d'une pratique isolée,...). En outre, la

²¹ Rapport CCptes, op. cit..

féminisation du corps médical, qui s'élève désormais à 44% des généralistes qui se sont installés en Bretagne en 2001 et 2002, renforce ces tendances²².

- L'assurance maladie avait prévu de réguler la démographie médicale dans les zones sur-médicalisées en réduisant de 20 % sa participation aux cotisations sociales des médecins qui s'installeraient dans les zones très sur-dotées. Mais cette proposition n'a pas été retenue.

Selon la Cour des Comptes, ces différentes mesures de régulation sont intervenues sans cohérence entre elles ni avec le contexte²³.

Les inégalités d'accès aux soins qui risquent de s'aggraver du fait de la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire plaident pour des mesures plus contraignantes.

1.1.3 L'enjeu de la permanence des soins

L'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins faite par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) précise qu'avant 2003, l'organisation de la permanence des soins (PDS) relevait des médecins libéraux (obligation déontologique). Le Conseil départemental de l'Ordre devait tous les mois, constituer le tableau de garde et veiller à ce que les médecins respectent leurs obligations²⁴.

Mais suite aux revendications des médecins, une nouvelle organisation de la permanence des soins a été mise en place par les décrets du 15 septembre 2003, du 7 avril 2005 et l'avenant n°4 de la convention médicale de 2005. Cette nouvelle organisation repose sur le volontariat des médecins libéraux et médecins appartenant à des associations de permanence des soins. Jusqu'en 2007, elle s'exerçait de 20h à 24h les soirs, week-end et jours fériés. Un avenant en 2007 a étendu les périodes de la permanence des soins aux samedis à partir de midi, aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié, ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, en fonction des besoins de la population. La PDS est assurée dans le cadre du département en liaison avec les

²² URCAM, op. cit..

²³ Rapport CCptes, op. cit..

²⁴ Blanchard P, Dupont M, Ollivier M, et al., Rapport IGAS, 03/2006, « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire ». <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000321/somm.shtml>

établissements de santé et selon les besoins identifiés par le Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des Soins (CODAMUPS).

Cependant, des difficultés apparaissent au plan de l'organisation de la régulation et de la disponibilité des acteurs sur le terrain qui, selon les secteurs et les périodes, font défaut.

La mission de l'IGAS considère, en conséquence, que le dispositif n'est pas fiable à l'heure actuelle (insuffisance pointée par les centres 15). La réponse de la médecine libérale à la demande de soins est variable. Elle dépend de la mobilisation des médecins et des territoires. Contrairement à ce qui a pu être dénoncé, la participation des médecins libéraux à la permanence des soins est importante, surtout dans les zones rurales. Elle est ainsi, indépendante de la densité de la démographie médicale dans le secteur.

Néanmoins, la mission de l'IGAS a pu noter une tendance générale au désengagement des médecins généralistes. Ce désengagement est plus prégnant en ville où l'on assiste à un détournement de la PDS. Les patients ont alors recours systématiquement aux urgences et à SOS Médecins. Il existe ainsi des « zones grises » où l'intervention d'un médecin généraliste reste aléatoire.

L'IGAS conclut, toutefois, que le fonctionnement de la permanence des soins doit rester du ressort de la médecine libérale.

Au-delà du rapport de l'IGAS, est intervenu le rapport Grall en août 2007²⁵. Ce rapport reprend les conclusions du rapport de l'IGAS, mais il propose d'autres pistes pour améliorer le fonctionnement de la permanence des soins, par exemple celle de la création d'une Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP), ou encore celle d'un approfondissement des Maisons Médicales de Gardes²⁶.

²⁵ Rapport Grall, 08/2007, « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins ». http://www.sante.izouv.fr/hm/actu/grall_jy/rapport.pdf

²⁶ Regroupement de plusieurs professionnels de santé pour offrir un service de proximité consistant en une meilleure accessibilité pour la population et une transformation des pratiques des médecins vers davantage de pluridisciplinarité.

1.2 La nécessité de maintenir la possibilité d'un exercice libéral isolé

1.2.1 Une possibilité à laquelle les différents acteurs restent attachés

La pratique libérale de la médecine repose sur le respect de principes qui n'ont été définitivement énoncés qu'en novembre 1927, dans ce qu'on a appelé la "Charte de la Médecine Libérale". Ces principes sont les suivants :

- Libre choix du médecin par le patient.
- Paiement de l'acte médical par le patient.
- Libre entente du prix entre le médecin et son patient.
- Respect absolu du secret médical.
- Liberté totale des prescriptions.

Les patients souhaitent conserver la liberté de choisir leur médecin, indépendamment du mode d'exercice.

A cela s'ajoute le principe de la libre installation des médecins, considéré par les praticiens comme une garantie de leur liberté. Certains jeunes médecins déclarent notamment qu'une restriction des règles d'installation les conduirait à renoncer, cet argument prenant consistance au moment où beaucoup d'hôpitaux recrutent des généralistes. Une contrainte sur la liberté d'installation serait par ailleurs amplifiée par le nécessaire ajustement des deux activités des conjoints, l'obligation faite à l'un des conjoints ne pouvant s'imposer aux deux.

Cette organisation traditionnelle a induit des modes d'exercice de la médecine générale libérale diversifiés. La pratique isolée se distingue des diverses formes de pratique en groupe. Le mode individuel représente 61% selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Or, toujours selon cet organisme, 75% des médecins exerçant seuls n'envisagent pas de se regrouper, tandis que 50% des médecins qui exercent en groupe envisagent de faire évoluer leur situation soit vers une pratique individuelle, soit vers une autre modalité de regroupement²⁷.

²⁷ Beauté J, Bourgueil Y, Mousques J, IRDES, 08/2007, « Baromètre des pratiques en médecine libérale : résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons" », DT n°5.

<http://www.irdes.org/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>

Il s'avère que les trois quarts des médecins généralistes libéraux sont satisfaits de leur situation, selon une étude comparative de la DREES de novembre 2007 faite sur un panel de cinq régions dont la Bretagne²⁸.

Les entretiens que nous avons menés auprès de différents médecins exerçant individuellement tant en zone urbaine que rurale sont venus conforter ces données.

A l'image du jeune Docteur B qui exerce en zone urbaine et qui a fait le choix délibéré de la « pratique solo » pour conserver une indépendance et une liberté de décision et d'organisation que nulle autre forme d'exercice ne peut garantir selon son témoignage. Il ajoute que « *l'exercice en groupe de la médecine constitue pour les médecins, une solution de confort qui n'apporte pas de réel bénéfice aux patients en termes d'accessibilité aux soins et de qualité de prise en charge* ».

Ce qui importe aux praticiens, c'est la possibilité d'une véritable indépendance dans la gestion et la prise de décision, sans avoir de compte à rendre au-delà du colloque singulier avec leur patient.

L'inconvénient majeur d'une contrainte à travailler en groupe selon la majorité des praticiens serait la confrontation avec l'impossibilité, parfois, de trouver des compromis s'agissant de l'organisation tant financière, matérielle (logistique, secrétariat) que de la permanence des soins.

1.2.2 La médecine générale libérale individuelle, exercée selon certaines modalités, s'avère opérationnelle

Les rencontres avec les médecins généralistes nous ont permis de prendre la mesure du service rendu par ces-derniers, y compris dans le cadre d'un exercice isolé.

L'exemple du Docteur G, qui a connu la double expérience de la pratique en groupe et désormais de la pratique individuelle, met en évidence un fonctionnement isolé opérationnel. Par le passé, le groupe auquel il a appartenu a connu des tensions et des

²⁸ DREES, op. cit..

rivalités qui ont conduit à son implosion. C'est pourquoi le Docteur G garde une image négative globalement de la pratique en groupe : « *Les cabinets où il y a une bonne ambiance, ce n'est pas fréquent !* ». En individuel, le Docteur G a eu la possibilité de s'organiser librement (« *Moi, j'ai le sentiment de plus grande liberté depuis que je suis tout seul. Je prends mes vacances quand je veux, je m'arrête quand je veux. En cabinet, il fallait que je sois au courant, que je sois là et qu'un médecin veuille bien prendre mes patients en consultation.* ») et de se construire une patientèle avec un profil spécifique, correspondant à son mode d'exercice de la médecine. Ainsi, cette patientèle est caractérisée par plus de jeunes et d'enfants que la moyenne et plus de 30% de patients-CMU. Le Docteur G, tout en bénéficiant d'une grande liberté dans son activité, ne s'exonère pas des tâches qui tiennent compte des besoins de la collectivité. Ainsi il s'organise pour participer à la permanence des soins, il effectue des gardes une fois par mois qui consistent en des visites la nuit ou le week-end. Cette pratique lui est utile professionnellement en lui permettant de maintenir ses compétences en matière de gestion médicale des urgences. Le Docteur G participe également à la formation continue, huit jours dans l'année y sont consacrés réglementairement, et il est actif au sein de réseaux alcool et diabète. Certes la démarche du Docteur G est volontaire (« *C'est plus par idéologie, on va dire.* ») et ne se retrouve pas forcément chez une majorité de ses confrères mais le mode d'exercice isolé n'est pas en lui-même une entrave à ces fonctions essentielles du médecin généraliste. En outre le Docteur G est personnellement satisfait de sa vie professionnelle (« *Moi, je fais partie des médecins heureux !* » ; « *J'estime que j'ai quand même un confort de vie, je ne me plains pas du tout.* »), qu'il considère comme très intéressante, et les rencontres régulières entre confrères organisées par les laboratoires permettent une ouverture sur l'évolution des pratiques médicales qui empêchent d'assimiler le mode d'exercice libéral isolé avec un isolement du médecin.

A l'image du Docteur G qui exerce en zone urbaine, le docteur J exerce sur un mode individuel en zone rurale. L'équilibre trouvé par le Docteur J dans son organisation révèle également un mode de fonctionnement adapté. Issu du monde rural, il n'a jamais envisagé d'autres modes d'exercice, malgré des remplacements en ville (« *Moi-même, je suis quelqu'un qui a toujours vécu en zone rurale, je ne voyais pas du tout mon exercice se faire en ville.* »). Il a fait le choix de s'installer dans une commune sans médecin, après contact (pendant ses années d'internat et périodes de remplacement) et entente avec le maire pour négocier des avantages matériels à l'installation (location d'un cabinet sur la

place du village, construit et aménagé par la municipalité). Si, dans un premier temps, la patientèle était, elle aussi, jeune, avec une part importante de pédiatrie et de gynécologie, elle s'est élargie à la prise en charge des personnes âgées. Bien qu'en exercice libéral isolé, il participe activement à la permanence des soins : le soir, une à deux fois par semaine jusqu'à minuit, à la maison médicale, et, aux gardes de 24h, un week-end sur six. Il organise des rencontres thématiques professionnelles périodiquement avec ses collègues libéraux (« *Il faut se bagarrer pour se recréer des choses, se donner une soirée dans la semaine où on va pouvoir tous se réunir. Ceux qui veulent pour une soirée de formation médicale, à l'hôpital, au restaurant, peu importe la raison pour se réunir.* ») et assiste aux journées de formation du Centre hospitalier Universitaire le plus proche. Satisfait actuellement de cette organisation (« *Nous, on fait plus de choses, c'est plus varié, c'est plus intéressant pour moi.* ») et de son articulation vie familiale et professionnelle, il envisage toutefois de faire évoluer son mode d'exercice vers un regroupement pluri-professionnel. Il ne souhaite pas s'associer avec d'autres médecins (« *Travailler différemment oui ; je ne voulais pas d'une association avec des médecins et je n'en veux toujours pas pour l'instant. Par contre, avoir un regroupement professionnel avec une infirmière, un kinésithérapeute, un cabinet que de professionnels, ça me va tout-à-fait.* »).

1.2.3 Les expériences québécoises et leurs enseignements²⁹

‘Le patient au centre des soins de santé’ :

L'un des objectifs clés du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de ses sections provinciales est d'inciter activement les médecins de famille et les autres principaux intervenants à soutenir les soins centrés sur le patient. Tout en insistant pour que le patient soit au centre des soins, le CMFC travaille avec ses membres médecins de famille en association avec d'autres intervenants clés pour mieux comprendre et orienter les changements dans le système de santé, à l'instar de ceux que l'on observe dans l'évolution des soins de première ligne.

²⁹ Ensemble des sources sur le Québec présentes en bibliographie, dont essentiellement « *Les médecins de famille et les soins de première ligne* » <http://toolkit.cfpc.ca/fr/introduction/family-physicians-primary-care.php>, et, Sylvain H., UQAR, 11/2007, « *La collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne en régions rurales et isolées ?* » <http://www.greas.ca/publication/pdf/helene-sylvain.pdf>

La façon la plus appropriée de dispenser des soins centrés sur le patient est fonction des contextes de soins et des variations interprovinciales. L'examen des nombreuses collectivités de ce pays révèle des approches différentes dans la prestation des soins. Pour que ces approches soient fructueuses, les collectivités doivent soutenir leurs médecins de famille, particulièrement là où on assiste à une évolution rapide des soins et où on demande aux médecins de s'aligner malgré l'incertitude de modèles nouveaux ou révisés.

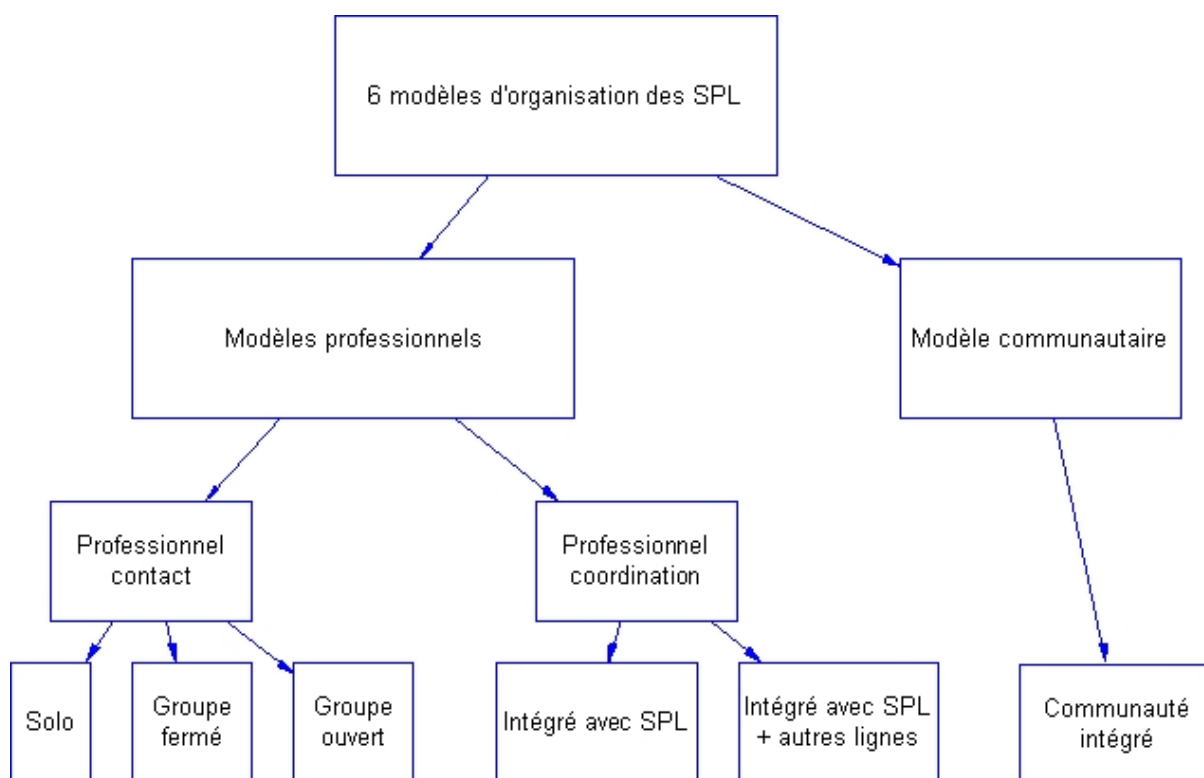
Puisque le système évolue pour prendre en charge une plus grande complexité dans la santé des Canadiens et pour inclure d'autres intervenants en santé qui sont appropriés, les médecins de famille sont aussi la clé pour assurer la satisfaction et l'acceptation par le patient. Les patients voient le système de santé à travers les yeux de leur médecin de famille et les évaluations des patients montent ou baissent en fonction de cette lentille.

Les soins de première ligne ne constituent qu'une partie de l'ensemble du système de soins de santé. Même s'ils se définissent par la base élargie des services de santé que reçoivent les Canadiens, il ne s'agit pas d'un silo fermé. Les soins de première ligne font partie d'un système intégré qui offre aux patients un premier accès à l'ensemble du système de soins de santé.

Pour la plupart des patients, l'accès aux soins ne dépasse jamais le système de soins de première ligne, ce qui souligne le besoin de ressources suffisantes pour soutenir le travail important des médecins de famille et des autres intervenants qui œuvrent en première ligne. Les médecins de famille considèrent que ces soins ne se limitent pas aux soins de santé mais qu'ils couvrent également une gamme toujours croissante de services de première ligne qui nécessitent leurs connaissances et leur expertise pour défendre les intérêts et conseiller leurs patients. Cette reconnaissance a des implications dans de nombreux aspects des soins de première ligne, y compris la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires.

Au Québec, les populations rurales, éloignées et isolées, connaissent des problèmes d'accès aux services de santé et des problèmes de continuité. Ces problèmes sont notamment dus au manque d'effectifs médicaux et infirmiers, à la stabilité du personnel, à l'étalement géographique et à une offre restreinte en service de santé. Malgré tout, la rareté et la précarité des ressources disponibles peuvent devenir source d'innovation, notamment en regard de la collaboration interprofessionnelle.

Quelque soit le modèle d'organisation mis en place :



Lamarche, Pineault, et al 2005

Les résultats d'une enquête menée par une équipe de recherche canadienne dont le but était d'explorer les facteurs qui facilitent ou limitent cette collaboration dans un contexte de régions rurales éloignées, isolées et de vérifier si la collaboration contribue au développement de modèles de services de santé primaire facilitant l'accès, la continuité et l'équité des soins aux communautés desservies, en sont arrivés aux conclusion suivantes :

La collaboration n'est pas un bloc monolithique, elle varie en fonction des professionnels, des services, de la clientèle et des personnes en place. La collaboration demeure toutefois en construction la plupart du temps. Elle n'est pas observable dans tous les aspects de la pratique. L'urgence est une porte d'entrée importante de la première ligne.

Ce sont les défis liés à la clientèle qui rallient tous les acteurs vers la collaboration à la condition qu'il y ait un lien de confiance. Les relations interprofessionnelles et les échanges d'informations ont un haut niveau d'informalité. La collaboration dans la pratique améliore l'atmosphère de travail, diminue le fardeau de la tâche, partage des responsabilités, donne l'impression d'être plus efficace, d'avoir un meilleur contrôle de la situation et favorise la formation continue. La satisfaction de la clientèle est en grande partie due à la grande connaissance de celle-ci et aux interfaces de pratique élargie des

médecins de famille qui vont plus loin dans leurs prises en charge avant de référer. Médecins et infirmières disent avoir un rôle plus élargi qu'en milieu urbain : une véritable pratique professionnelle. La culture professionnelle influence la collaboration. La fragilité de l'offre de services est fonction des personnes en place.

Au final, il s'avère que l'exercice isolé au Québec rend des services importants, quel que soit le mode d'organisation retenu.

L'enseignement de cette expérience est ainsi qu'il ne serait pas judicieux de vouloir envisager un système qui écarterait l'exercice libéral isolé, mais il conviendrait plutôt de renforcer les modes de coopération tout en y conservant la possibilité de modes d'« exercice en solo ».

2 Une organisation de la médecine libérale isolée à repenser pour garantir l'accessibilité des soins:

2.1 Les formes alternatives à l'exercice libéral isolé existent déjà.

2.1.1 Un exercice isolé qui n'en a que l'apparence

Bien qu'exerçant seuls, les médecins ne peuvent pas avoir une pratique isolée. Ils doivent tenir compte des autres acteurs de santé, comme le souligne Anne VEGA³⁰.

Dans le cadre de sa formation, le médecin généraliste n'est pas préparé à la confrontation en solitaire avec les patients. En effet, l'apprentissage de sa future profession a lieu en milieu hospitalier conforte l'exercice entre pairs, et rend difficile la pratique pluridisciplinaire.

En médecine générale libérale, le travail en coordination s'impose, d'une part, en raison du vaste champ de compétences à couvrir, et d'autre part, afin de garantir une prise en charge globale du patient. Dans ce cadre, « [...] *des réseaux d'affinité et d'alliance se construisent, s'entretiennent, et évoluent tout au long de l'exercice professionnel avec les médecins spécialistes, et les autres professions de santé. Ces réseaux informels répondent*

³⁰ VEGA A., Rapport HAS, 12/2007, « Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », *EHESS, Paris*.

à des besoins de réassurance essentiels [...] »³¹ en raison des difficultés (parfois ressenties) au niveau du diagnostic.

Certains médecins considèrent qu'ils travaillent au sein d'une « *filière* » avec leurs confrères et des spécialistes au service d'une prise en charge globale du patient. Ces praticiens définissent « *la filière* » comme un réseau informel et incontournable sans lequel l'exercice de la médecine ambulatoire est impossible. Dans ce sens, le docteur C. indique qu'« *il n'est pas possible de travailler de manière isolée. Un médecin généraliste est obligé d'entretenir des liens avec ses confrères, ne serait-ce que, pour orienter ses patients* »³².

Il convient de distinguer l'exercice en zone rurale de l'exercice en zone urbaine ou péri-urbaine. Dans les zones rurales, du fait de l'isolement géographique, la recherche de collaboration médicale, afin d'assurer une certaine permanence des soins, est indispensable. Cet aspect est corroboré par le témoignage d'un médecin d'une commune rurale qui nous confirme la mise en place d'une organisation informelle visant à assurer la continuité des soins. Ainsi, « *de 8h à 20h, la permanence est assurée par les quatre médecins de la commune dans un accord de bonne entente, et un système de garde de 20h à minuit est supporté par l'ensemble des médecins du canton. Après minuit, il est fait appel au SAMU* »³³. Ce médecin reste néanmoins disponible pour les patients en soins palliatifs de la maison de retraite à laquelle il a communiqué ses coordonnées personnelles, nonobstant le dispositif de garde³⁴.

Afin de favoriser les échanges entre pairs, une réunion « *staff médical communal* »³⁵ a lieu tous les vendredis chez un des médecins autour d'un repas.

Dans le cadre de ce réseau informel et d'une pratique médicale plutôt confraternelle sur le territoire, « *sans concurrence déloyale* »³⁶, « [...] *certaines identités de vue ont pu être dégagées sur une forme de pédagogie en termes de consommation de soins* »³⁷. Ainsi, ces médecins ont adopté une approche identique des prescriptions d'arrêt de travail, et tiennent un discours commun sur ce sujet aux patients.

³¹ Idem, p.43

³² Entretien avec Dr C.

³³ Entretien avec Dr D.

³⁴ Celui-ci intervient environ une fois par semaine.

³⁵ Dr D., op.cit.

³⁶ Dr D., idem.

³⁷ Dr D., idem.

Il faut aussi souligner qu'en zone rurale, l'activité libérale est également partagée avec une activité au sein d'un EHPAD ou d'un hôpital local. Ces médecins constituent, ainsi, des ressources médicales indispensables pour ces structures.

Il convient de noter que les réseaux informels apparaissent plus structurés en zone rurale qu'en milieu urbain.

Par ailleurs, un médecin d'une commune rurale (dont la population évolue, du fait de la construction de lotissements habités par de personnes issues de zone urbaine), constate que le rapport au médecin relève davantage de la consommation de soins que de la nécessité impérieuse de consulter³⁸.

Toutefois, certains médecins déjà installés, conservent un comportement qui ne favorise pas la coopération entre praticiens. Ainsi le directeur de l'URCAM de Bretagne estime « *en zone rurale, un médecin déjà là ne fait pas l'effort de changer sa pratique* »³⁹.

2.1.2 Des modes d'exercice alternatifs qui prennent la forme de regroupements ou de réseaux formels

a) *Les regroupements*

Selon le pré-rapport de l'ONDPS⁴⁰, l'exercice en groupe renvoie à deux ordres de réalité qu'il convient préalablement de distinguer.

Sous sa forme la plus développée en France, il se limite à la mise en commun de moyens matériels, dans l'un des cadres juridiques prévus à cet effet⁴¹.

Ce partage des moyens, et des coûts associés au fonctionnement d'un cabinet, caractérise ce que l'on désigne par 'exercice en groupe'. Si cette formule présente des avantages en termes d'organisation du temps et d'une réponse aux contraintes comme celles de la permanence des soins. En revanche, elle ne coïncide pas forcément avec une

³⁸Dr D. op. cit..

³⁹ Entretien avec le directeur de l'URCAM

⁴⁰Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – Pré-rapport annuel de l'ONDPS TOME 1 2006-2007

⁴¹Les formes juridiques des regroupements peuvent être soit des sociétés de moyens, soit de sociétés de groupement d'exercice.

pratique professionnelle différente de celles classiquement développées par un médecin exerçant de façon isolée.

Le Baromètre des pratiques libérales de l'IRDES constate que « *tout se passe comme si la plupart des cabinets de groupe n'étaient que la somme des pratiques individuelles* »⁴².

L'exercice en groupe renvoie également à une autre perspective, dans laquelle, la mutualisation des moyens est adossée à un projet professionnel collectif d'exercice, et constitue, ainsi, une tentative d'alternative d'organisation des soins au service de la prise en charge des patients.

Cette forme d'exercice a fait l'objet de nombreux mécanismes incitatifs. Dans ce cadre, d'une part, la convention médicale prévoit les modalités de remplacement du médecin traitant, et d'autre part, des mécanismes financiers existent pour les professionnels à travers les contrats URCA⁴³ et/ou par une rémunération forfaitaire prévue par l'avenant n°20 de la convention médicale⁴⁴.

Par ailleurs, l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire peut être garantie dans le cadre de réseaux.

b) Réseaux et expérimentations d'autres formes de coopération

Les réseaux visent à coordonner les prises en charge des patients, sans que cela se concrétise par leur regroupement sur un même lieu d'exercice.

Citons l'exemple d'un réseau formel breton de proximité : le réseau gérontologique du canton de la Roche Bernard. Ce réseau a été créé au début de l'année 2002 dans un canton rural, isolé de 12 000 habitants à partir d'une réflexion sur la prise en charge globale de la personne âgée.

Il vise à atteindre un double objectif : l'évaluation globale des besoins des personnes âgées et/ou dépendantes et à proposer un plan adapté d'intervention sanitaire couplé à un plan d'action sociale et médico-sociale.

Ce réseau regroupe tous les professionnels d'un secteur géographique afin d'améliorer les réponses à cette population, et mieux prendre en compte le besoins des professionnels ou des autres acteurs de santé.

⁴²IRDES, Document de travail n°5-août 2007 « l'organisation de travail et la pratique de groupe des médecins bretons »

⁴³ incitation à l'installation en zone déficitaire en matière d'offre des soins

Ces projets en cours visent le développement d'une expertise gériatrique par l'intervention d'une équipe mobile, la mise en place d'une antenne d'hospitalisation à domicile (HAD), et la contractualisation avec les établissements de soins.

La réussite de ce réseau repose sur l'adoption d'un véritable projet de territoire.

Les réseaux formels ont donc pour objet, soit de mutualiser des moyens logistiques et administratifs, soit de confronter des pratiques.

Néanmoins, certains médecins restent réticents à la participation aux réseaux, justement parce qu'ils « *sont trop formels ou trop rigides* »⁴⁵, tandis que d'autres, ne sont pas prêts à confronter leurs pratiques.

Par ailleurs, d'autres formes de coopération sont expérimentées en Bretagne, comme par exemple, les groupes de qualité.

- Ces groupes sont nés à l'initiative de l'URMLB et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), et portés par l'association « Amélioration des Pratiques et de l'Information MEDicale » (APIMED). Composés de médecins généralistes d'un même quartier ou canton, ils ont pour objet d'améliorer la qualité des prescriptions médicales en s'appuyant sur deux principes : la recherche de qualité et l'optimisation des coûts. Dans ce cadre, les médecins s'engagent sur la base d'un cahier des charges, et se réunissent une fois par mois.

Ces groupes mettent en évidence l'intérêt d'une approche collective de l'amélioration de la qualité des soins en médecine ambulatoire, et permettent aux médecins d'échanger sur leur pratique, et de sortir de leur isolement.

Enfin, la recherche de complémentarité entre les professionnels de santé peut s'inscrire dans le cadre de pôles de santé et des maisons de santé.

⁴⁴20 % de la rémunération de son activité si le médecin généraliste s'installe dans une zone déficitaire

⁴⁵Au cours de l'entretien avec le Dr. C.

2.1.3 Des formes alternatives mises en avant par les pouvoirs publics : les pôles de santé et les maisons de santé

a) Les pôles de santé

Les pôles de santé sont nés à l'initiative des pouvoirs publics et non des professionnels de santé. De plus, l'URCAM encourage fortement la mise en place de ces pôles.

En effet, ils apparaissent comme une solution pour répondre à la question du déséquilibre de l'offre de soins sur un territoire. Ils ont vocation à regrouper sur un même site, différents professionnels de santé.

Ce projet professionnel partagé s'inscrit dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire. Il est structuré autour d'objectifs communs d'amélioration du service aux patients sur un territoire ciblé.

Ce dispositif nécessite la mise en oeuvre d'un partage d'informations, de réunions pluridisciplinaires, de prévention, d'éducation à la santé et de méthodes de coordination.

Ils induisent ainsi, un changement de pratiques professionnelles qui va au-delà du simple échange médical. Cependant, il convient de souligner qu'il n'existe, à ce jour, qu'un seul projet en cours d'expérimentation en Basse-Normandie.

Ce dernier est axé autour de deux objectifs :

- l'amélioration des conditions d'exercice en termes de coordination, continuité et permanence des soins ;
- la qualité de la prise en charge des patients.

Ce projet Bas-Normand, construit principalement sur des « zones dites déficitaires », est très ambitieux, dans la mesure où il associe, dans l'intérêt de la population, l'ensemble des acteurs publics et privés, libéraux et institutionnels, sur un territoire donné.

b) Les maisons de santé

Dans son discours du 17 avril 2008 à Neufchâteau, le Président de la République a annoncé « *la création d'une centaine de maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) en 2008 et autant en 2009* ».

Ces MSP visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours. Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées, et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement, de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires.

Les maisons de santé rencontrent un succès grandissant selon le rapport Juilhard⁴⁶. A ce titre, l'exemple de la région Franche Comté, où s'est créée une fédération des maisons de santé (FeMaSaC) en adoptant, une charte morale des maisons de santé⁴⁷, est souvent cité.

L'ensemble de ses alternatives tente de répondre au déséquilibre de l'offre de soins. Elle repose néanmoins, sur la volonté des acteurs à participer à ce type de projet.

Ainsi, si l'exercice libéral isolé continue à décliner, il ne peut pour autant disparaître, et doit pouvoir perdurer dans des conditions d'exercice garantissant une qualité de soins. Par conséquent, il importe d'explorer d'autres solutions, qui permettent de resituer la place du médecin généraliste libéral dans l'offre de soins de territoire afin de favoriser l'accessibilité aux soins.

2.2 Permettre une meilleure reconnaissance du médecin généraliste en vue de son intégration dans une dynamique de territoire au service d'un meilleur accès des soins.

Afin d'assurer une égale accessibilité aux soins de la population sur l'ensemble du territoire, l'organisation future de l'offre de soins devra conjuguer, à la fois, une réflexion sur les conditions d'exercice de la médecine libérale isolée, et son inscription dans une dynamique de territoire.

Pour ce faire, il convient de prendre en compte les aspirations des nouvelles générations de médecins généralistes, et la nécessaire revalorisation de la médecine générale libérale au sein du système de santé.

⁴⁶ Juilhard J.M., 2007, Offre de soins, comment réduire la fracture territoriale, *Rapport d'information n°14*.

⁴⁷ Cf annexe 4

2.2.1 Une réflexion sur le métier en vue de recentrer l'activité sur le temps médical

a) *La délégation de tâches confrontée à des réticences culturelles.*

Une première piste de réflexion porte sur la délégation de tâches administratives et soignantes comme moyen privilégié pour libérer du temps médical⁴⁸.

Le rapport Berland préconise de déléguer certaines tâches médicales à des paramédicaux, afin de garantir l'accessibilité des soins⁴⁹. Dans ce sens, le Dr D, préconise de transférer « *certaines tâches de prévention et d'éducation à la santé à une infirmière dans le cadre de protocoles, à l'exemple de ce qui existe dans le monde hospitalier* »⁵⁰.

Il souhaite, ainsi, « *mener un projet expérimental à condition qu'il y ait des infirmières avec des capacités [...]* »⁵¹.

Néanmoins, des gardes-fous s'imposent. Ils concernent en particulier, la formation des paramédicaux, qui doit être adaptée. De plus, la relation entre le médecin et les paramédicaux doit être clairement définie, notamment en ce qui concerne la responsabilité des actes médicaux.

La pertinence de cette délégation doit être nuancée au regard de l'analyse effectuée par Anne Vega sur la délégation de tâches.

En effet, elle constate que « *la plupart des médecins généralistes considère surtout les infirmières comme des exécutantes de soins prescrits* »⁵². Ce constat met en exergue la nécessité de faire évoluer les perceptions réciproques de ces corps professionnels afin d'établir des relations fondées sur une confiance mutuelle.

Selon la Commission « Jeunes médecins »⁵³, la délégation de tâches doit se développer avec la réaffirmation d'un principe : le médecin est l'interlocuteur professionnel pivot. Il ne pourra parfaire ses compétences qu'en déléguant différents aspects de son activité : les tâches administratives, les tâches d'exécution thérapeutique, et de technique d'investigation diagnostique, le suivi des pathologies chroniques, et les examens de prévention.

⁴⁸A. VEGA, op. cit..

⁴⁹ Berland Y., 09/2006, Mission « Démographie médicale hospitalière », *Ministère de la Santé, de la solidarité*, Paris.

⁵⁰ Entretien avec Dr. D

⁵¹ Dr.D, idem.

⁵² A. VEGA, op. cit..

⁵³Rapport de la Commission « Jeunes médecins », adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 2007.

De même, afin de réduire l'augmentation considérable des tâches administratives, la création d'une fonction d'assistante de gestion et la valorisation de son travail sont nécessaires.

Lors de nos entretiens, l'URCAM a souligné que « *le financement d'un poste d'assistante de gestion représenterait une incitation au fonctionnement plus attractif pour les médecins, en comparaison avec les incitations financières actuelles, notamment en zone rurale. En outre, l'assistante de gestion permet d'éviter l'isolement du médecin par les liens qu'elle sera en mesure de tisser dans la zone d'exercice du médecin généraliste* »⁵⁴.

b) L'émergence d'un nouvel acteur : le coordonnateur.

La multiplicité des acteurs de santé intervenant autour d'un patient met en évidence la nécessité de créer la fonction de coordonnateur de soins médicaux sur un territoire déterminé. L'émergence de cette fonction vise à animer tant des équipes médicales que des équipes multidisciplinaires en vue d'améliorer la prise en charge globale du patient.

Cette fonction pourrait devenir un cadre d'emploi d'évolution professionnelle des médecins généralistes. Cette proposition a été préconisée par le Directeur de l'URCAM de Bretagne : « *je pense que les animateurs de groupes de qualité [...], à terme, on pourrait imaginer qu'ils deviennent des coordonnateurs [...] la médecine libérale a besoin de faire émerger en son sein des coordonnateurs [...] ça répond aussi à une évolution de carrière des médecins généralistes* ».

2.2.2 L'intégration du médecin généraliste libéral dans une dynamique territoriale.

Selon, la Commission des « Jeunes Médecins », « *le dogme déontologique de la liberté d'installation est opposable à l'équité de l'accès aux soins dans un territoire donné* ».

En effet, il s'agit de se poser la question de la liberté d'installation. Sur cette question sensible, il convient d'adopter une approche pragmatique sans perdre de vue la question de la répartition des médecins en fonction des besoins de la population sur un territoire déterminé.

⁵⁴ Entretien avec le directeur de l'URCAM

Cette approche doit aujourd'hui conjuguer trois contraintes: la liberté d'installation, l'équité de l'accès aux soins et les impératifs d'aménagement du territoire.

La prise en compte de ces contraintes peut être traduite dans un projet médical de territoire, élaboré dans le cadre d'un schéma régional d'organisation de la médecine libérale (SROS libéral), qui devrait favoriser une dynamique territoriale si celle-ci est couplée aux autres modalités d'organisation de la médecine libérale en pôles ou réseaux de santé. En outre, le projet gouvernemental de mise en place des agences régionales de santé (ARS)⁵⁵, permettrait un pilotage régional du système de santé. Les ARS auront un périmètre très large couvrant les soins de ville, les soins hospitaliers, la prévention et le médico-social. Ces agences pourront, ainsi, assurer la régionalisation de la régulation des postes d'internes.

A cet égard, il convient plus globalement renforcer le lien ville-hôpital et la transversalité entre les divers acteurs de santé.

Dans ce cadre, la pratique multi-sites de la médecine libérale, peut être développée afin d'assurer une continuité de soins dans les zones déficitaires. Ce principe de consultation avancée existe déjà pour certaines activités (cancer, alcoologie, douleur, etc,...), et a été cité par un médecin comme une solution possible dans certaines zones rurales. Le Dr. D imagine une maison de santé pluridisciplinaire libérale par canton avec la possibilité pour les professionnels de cette MSP de se déplacer dans les autres communes pour y assurer des consultations. Ces dernières seraient subordonnées à la mise à disposition, par les collectivités territoriales ou des établissements publics, de locaux ainsi qu'un secrétariat.

Enfin, la télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications⁵⁶. A ce titre, elle peut constituer un moyen pour résoudre les difficultés d'accès aux soins, notamment en milieu rural. Néanmoins, comme le souligne le rapport du sénateur J.M Juilhard, l'absence d'un cadre juridique clair semble, à l'heure actuelle, freiner son développement. Toutefois, certains départements, comme la Mayenne, apparaissent plus avancés dans ce domaine.

⁵⁵ Selon les préconisations du rapport Ritter, 01/2008, « Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé ».

⁵⁶ Telle que définit par l'encyclopédie WIKIPEDIA

Au delà de ces solutions qui devraient permettre l'amélioration des conditions d'exercice du médecin généraliste libéral, il importe de rendre plus attractive cette profession.

2.2.3 La nécessité de rendre attractif l'exercice de la médecine libérale

L'amélioration de la connaissance de la réalité de l'exercice de la médecine libérale constitue un premier jalon. En effet, lorsque l'on interroge des étudiants en médecine, il est frappant de constater la méconnaissance de la réalité du cabinet médical. Elle engendre une représentation faussée de la médecine générale. Il convient également, d'« *apporter aux étudiants les moyens précoces d'orientation du choix, de façon à ce qu'il ne se fasse pas par l'échec mais corresponde à un réel projet construit pendant le second cycle* »⁵⁷.

Afin de susciter chez les étudiants en médecine une véritable vocation, il faut développer les lieux d'accueil de stagiaires car le stage chez le praticien est un facteur déterminant⁵⁸ pour le choix de son futur lieu d'exercice.

Il semble aussi nécessaire d'inclure dans le cursus de formation « *une sensibilisation au devoir sociétal* »⁵⁹ fondée sur l'information de l'interne sur les besoins réels de la collectivité.

De plus, une reconnaissance universitaire égalitaire de l'ensemble des spécialités médicales permettrait d'accroître l'attractivité globale de la médecine générale.

En outre, la revalorisation de la profession passe par la clarification du rôle et des missions des médecins généralistes. Ce point a souvent été évoqué lors de nos entretiens avec les médecins.

L'URCAM souligne, par ailleurs, que cette revalorisation passe également par une modification du discours des médecins généralistes sur leur métier. L'image négative renvoyée par les médecins sur les conditions d'exercice de leur métier nuit à l'attractivité de cette spécialité.

Il s'ajoute aux problèmes liés à la formation, celui des démarches à l'installation.

⁵⁷ Commission des jeunes médecins, op.cit.

⁵⁸ Comme le souligne F.X Schweyer dans le pré-rapport O.N.D.P.S, op.cit. (Contribution 1)

⁵⁹ Commission des jeunes médecins, idem.

En effet, la commission des jeunes médecins dénonce « *un manque crucial d'information des futurs praticiens par rapport à l'installation* »⁶⁰ et préconise, « *la mise en place d'un guichet unique régional à l'installation, site plateforme dans lequel le jeune médecin ou jeune étudiant en médecine pourrait trouver toutes les informations* ». Cette préoccupation semble, cependant, avoir été prise en compte par les différentes institutions et notamment, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). La CPAM de Bretagne a mis en place un dispositif d'accompagnement à l'installation qui effectue des études de marché.

⁶⁰ Commission des jeunes médecins, op.cit.

Conclusion

« Il y a des mondes qui ne se parlent plus, il faut retrouver du sens »

Président de la Communauté de Communes de Lanvollon-Plouha

Au terme de cette étude, le groupe tient à faire part de son intérêt pour la question de l'accessibilité. Bien que les conclusions de notre travail ne prétendent pas à l'exhaustivité du fait du temps qui nous était imparti, il n'en demeure pas moins que beaucoup d'éléments concordants sont ressortis des différents entretiens menés, notamment l'absence aujourd'hui de solutions « clé en main ».

Pour autant, étant donné la diversité de l'échantillon retenu, les résultats de notre étude révèlent une certaine réalité de terrain. Celle-ci est marquée par des difficultés à anticiper en termes d'accessibilité aux soins, lesquelles résultent de facteurs divers et nombreux, à la fois démographique, géographique, culturel et social.

Cette multiplicité de causes est une des raisons de la difficulté à offrir à court ou moyen terme, des réponses cohérentes, efficaces et coordonnées. La simple extension du modèle des maisons de santé sur l'ensemble du territoire ne suffira pas à elle seule à relever le défi de l'accessibilité aux soins pour tous. En effet, il apparaît que l'exercice dans les maisons médicales de garde, dans le cadre de la PDS, ne modifie pas la pratique individuelle de la médecine libérale. De ce fait, la suppression de l'exercice libéral isolé ne peut constituer un axe de réforme à retenir au regard de sa prégnance dans notre modèle social et culturel mais également de sa contribution en termes de dispensation des soins de premier recours.

Dès lors, l'orientation actuelle est de privilégier une approche territoriale et innovante de la question de l'accessibilité aux soins.

A ce titre, l'article 44 du PLFSS du 19 décembre 2007 permet aux missions régionales de santé (MRS) de mener des expérimentations, prioritairement dans des structures collectives, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, ou de financement de maisons de santé.

Les objectifs, multiples, sont entre autres de libérer du temps médical, valoriser la qualité, développer de nouvelles pratiques, et de permettre un accès coordonné aux soins.

Les différents acteurs rencontrés, médecins comme institutionnels, ont tous mis l'accent sur l'opportunité qu'offre la question de l'accessibilité aux soins de repenser en profondeur l'organisation de notre système de santé.

Ce point de vue était partagé dès 1996 par Jean Choussat dans les conclusions de son rapport sur la démographie médicale.

Il nous invitait à nous mobiliser, insistant sur le fait qu'il « il faut une prise de conscience plus nette des relations réciproques étroites qui existent entre les choix démographiques et l'organisation du système de santé [...] Tous les choix organisationnels ont leur pendant démographique, tous les choix démographiques ont leur traduction organisationnelle... ».

Bibliographie

Articles de périodiques :

BEAUTE J, BOURGUEIL Y, MOUSQUES J, 08/2007, « Baromètre des pratiques en médecine libérale : résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons" », *DT n°5*.

<http://www.irdes.org/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>

BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J, 11/2007 « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec quels enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé, n°127*.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

CHABOT JM., 01/01/2008, « 2008, l'année des maisons de santé ? », *La revue du praticien - volume 58*.

CHABOT J-M, 15/01/2008, « 2008 : l'année des maisons de santé ? 1. La question démographique », *La Revue du praticien, vol.58, p.69-70*.

CHABOT J-M, 31/01/2008, « 2008 : l'année des maisons de santé ? 2. L'organisation de l'exercice clinique », *La Revue du Praticien, vol.58, p. 185-186*.

CHARBONNEAU J, 2001, « La responsabilité, au-delà des engagements et des obligations ». *Lien social et politique, n° 4*.

<http://www.erudit.org/revue/lsp/2001/v/n46/000333ar.html>

COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE DE PREMIERE LIGNE AU QUEBEC, « L'impact de l'organisation des services médicaux de première ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité et les facteurs associés aux différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences hospitalières ».

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, 03/2007, « Le patient, le médecin et la société : dix principes pour une confiance partagée ».

CONTANDRIOPOULOS A.P, FOURNIER M.A, DASSA C., LATOUR R., CHAMPAGNE F., BILODEAU H., LEDUC N., « Profils de pratique des médecins généralistes du Québec », *Collectif de recherche n°14*.

CYBERPRESSE, « Montréal, royaume de la médecine fast-food ? »

FLEURY M.J, TREMBLAY M, 06/2004, « Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants », *Santé et services sociaux Coup d'oeil sur la recherche et l'évaluation, n°24*.

GAGNON K, TOUZIN C, 15/02/2008, « Montréal, royaume de la médecine fast-food? », *La Presse*.

GENEAU R., PINEAULT R., LAMARCHE P. et LEHOUX P., « Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation. », *Collectif de recherche*.

HAGGERTY J., PINEAULT R., BEAULIEU M-D, BRUNELLE Y, GOULET F, RODRIGUE J, GAUTHIER J, 2004, « L'impact de l'organisation des services médicaux de première ligne sur divers paramètres de performance des services, notamment l'accessibilité et la continuité et les facteurs associés aux différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences » et « Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec ».

LEVESQUE J.F, PINEAULT.P, ROBERT L., HAMEL M., ROBERGE D., KAPETANAKIS D., SIMARD B., LAUGRAUD A., Agence de la santé, « Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ? », *INSP, Québec*.

PAILLARD, J., 22/02/2008, « A quoi ressembleront les maisons de santé ? », *Le Généraliste*. n°2438

PINEAULT R, et al, 2005, *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec*. Greas Publication.

http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport_synthese_francais.pdf

SYLVAIN H, 11/2007, « La collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne en régions rurales et isolées ? », *UQAR*.

<http://www.greas.ca/publication/pdf/helenesylvain.pdf>

URCAM, 09/2003, « La médecine générale en Bretagne », *Les dossiers de l'URCAM Bretagne N°14 (spécial)*.

« Continuité et intégralité des soins »

<http://toolkit.cfpc.ca/fr/continuity-of-care/>

« Les médecins de famille et les soins de première ligne »

<http://toolkit.cfpc.ca/fr/introduction/family-physicians-primary-care.php>

Rapports et Etudes:

BAS THERON F, CHEVRIER-FATOME C, DUHAMEL G, 05/2002, « L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas », *Les rapports de la documentation française*.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000455/0000.pdf>

BLANCHARD P, DUPONT M, OLLIVIER M, et al, IGAS, 03/2006 « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire ».

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000321/somm.shtml>

BERLAND Y., 10/2003, « Rapport sur la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Paris, *Les rapports de la documentation française* ;

CHOUSSAT (J.), Rapport sur la démographie médicale, *Rapport IGAS*, n°96098, septembre 1996.

COMMISSION DES JEUNES MEDECINS, juin 2007, *le Conseil National de l'Ordre des Médecins*.

COUR DES COMPTES, 09/2007, « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins », *Chapitre 8, Rapport sur l'application de la loi de Sécurité Sociale*, La documentation française.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000560/0000.pdf>

ELBAUM M., 12/2007, « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », *Rapport HAS*, contribution 1, 2, 4, 9 et 13. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf

FLAJOLET A, 04/2008, « Rapport de la Mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

FONDATION CANADIENNE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE, 2008, « Rapports de recherche : concours de subventions ouvert ». *Rapports et Etude*

GRALL Y., 08/2007, « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports http://www.sante.izouv.fr/hm/actu/grall_jy/rapport.pdf

HAS, 11/2007, Rapport « L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.

JUILHARD J.M, 04/10/2007, « Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? », *la Commission des Affaires Sociales*,. <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>
Synthèse du rapport : <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014-syn.pdf>

LARCHER G, 01/2008, « Rapport de la Commission de la concertation sur les missions de l'hôpital », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

ONDPS, Pré rapport 2006-2007, « La médecine générale », *tome 1*.

RITTER P, 01/2008, « Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé », *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris*.

VEGA A., Rapport HAS, 12/2007, « Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », *EHESS, Paris*.

Statistiques :

DREES, 01-03/2006, « Les professions de santé et leurs pratiques », *Dossiers Solidarité et Santé*, N°1. <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/doc.htm>

DREES, 09/2007, « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2007 », *document de travail*, série *Statistiques n° 115*. <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat115.htm>

DREES, 11/2007, « L'exercice de la médecine générale libérale- Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Etudes et Résultats n°610*.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>

DREES, 11/2007, « Genèse des recours non urgents ou non programmés à la médecine générale », *Etudes et Résultats N°607*.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/index.html>

DREES, 02/2008, « Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles », *Etudes et Résultats, n° 625*.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er625.pdf>

IRDES, 07/2007, « Démographie et activité des professions de santé », *Données de cadrage*.
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>