

Réflexion sur le métier de généraliste



Précision du médecin traitant

Rappelons que le rôle de médecin traitant n'est pas réservé seulement aux médecins généralistes. La médecine générale est une spécialité à part entière, **médecine de premier recours, médecine de débrouillage, de diagnostic, de soins, de suivi et de proximité.**

- **Médecine de débrouillage** : par là le médecin généraliste permet une première réflexion médicale face au patient. Il peut faire un **diagnostic** immédiat et traiter le cas échéant. Mais il peut aussi, sans faire de diagnostic médical à proprement parler, faire un diagnostic de prise en charge nécessaire pour étayer ce diagnostic. Ceci permet au patient un aiguillage pertinent et lui évite une errance et une multiplication des consultations d'autres spécialités avant un diagnostic effectif.
- C'est également un **métier de soins et de suivi** car le médecin généraliste est à l'écoute des ses patients, peut les suivre toute leur vie et connaît leur dossier médical.
- C'est un **métier de proximité** car l'exercice territorial fait partie prenante du métier de médecin généraliste.

Le médecin généraliste traitant, a cette fonction en plus, de coordonner les actions médicales autour de son patient. Il est le **dénominateur commun** entre tous les acteurs de santé qui gravitent autour du patient. A l'heure de la multiplication des maladies chroniques, le médecin traitant à un rôle prépondérant.

Cependant cette fonction, nécessite un **investissement important en volume horaire mais aussi en charge mentale.** Aujourd'hui cette fonction n'attire plus car n'est pas valorisée et reconnue par rapport à l'investissement fourni.

La médecine générale est une spécialité passionnante, qui permet un suivi au long court des patients, de pouvoir observer l'effet de nos prises en charges. Cependant on observe depuis plusieurs années une perte de sens dans notre métier. En effet, le médecin qui a été formé à soigner se retrouve à maltraiter ses patients. Rien de tel pour perdre foi en son métier.

Aujourd'hui, les étudiants sacrifient 4 ans (autrefois 3 ans) à l'Etat durant leur internat. Ils permettent de faire tourner les hôpitaux publics, ne comptant les heures de travail, payés en dessous du SMIC horaire. Ce sacrifice paraît tolérable en début d'études, lorsque l'on s'imagine que celui-ci n'est que provisoire, qu'au bout du tunnel on entrevoit une liberté d'exercice et la reconnaissance qui va avec.

Ce sacrifice paraît tolérable car durant les études on apprend à l'étudiant à prendre soin d'autrui. Oui, beaucoup de futurs médecins ont choisi cette voie par altruisme.

Cependant, lorsqu'arrive le début de l'exercice libéral, ils se heurtent de plein fouet à la réalité.

3 choix s'offrent à eux :

- décider de faire ce pour quoi ils ont été formés : soigner qualitativement les patients, mais en oubliant la reconnaissance financière du travail.
- Décider de choisir la reconnaissance financière en faisant de l'abattage médical et de la médecine médiocre, malgré la charge mentale importante que nécessite la médecine générale et traitante. La plupart du temps ceci aboutit à des burn out.
- Décider de choisir la reconnaissance financière en faisant de la médecine à la chaîne, mais avec peu d'investissement en charge mentale, sans faire de suivi chronique.

Comment valoriser les médecins généralistes traitants?

Il est nécessaire de valoriser (financièrement) le rôle de médecin traitant, permettant à ces médecins d'avoir un revenu ne serait-ce que similaire à un médecin ne faisant pas de suivi de patients chroniques.

Il est nécessaire de valoriser le travail de qualité, en indemnisant les praticiens limitant leur nombre de consultations journalières, choisissant la médecine de qualité. Ceci empêcherait cet effet « mirage » de la médecine d'abattage, mais également la fraude de certains médecins peu scrupuleux.

Dans le détail :

- Médecin traitant = pivot et coordonnateur incontournable de la prise en charge des patients ;
- Tarifs indexés automatiquement sur l'inflation chaque année
- **Augmentation** conséquente des **rémunérations à l'acte** (C à 50 euros à terme pour l'acte de base). Ceci permettrait au médecin de faire des consultations longues. En effet, **qualité des soins** sous-entend investissement en **temps** (article R.4127-33 du code de déontologie) : personne ne peut prétendre à faire de la qualité et du sur-mesure sur un temps réduit.^{1,2,3}

Dans un premier temps, création à minima et sans limite annuelle :

- **Consultations complexes (=2C) pour (liste non exhaustive mais minimale) :** Patients ALD, nourrissons (COD), gynécologie, préventions (obésité, contraception, sevrage tabagique...), APC, consultation migrants/AME, VAD (et MD = 1/2C donc VG+MD = 2,5C).
- **Consultations très complexes (=3C) :** CnPsy, annonce diagnostique grave, Dossier MDPH, 1^{ère} consultation ALD, 1^{ère} consultation migrants/AME, repérage trouble autistiques, troubles mnésiques, syndrome dépressif (NGAP ou CCAM), sortie d'hôpital des patients en ALD (ex -MSH), VL pour ALD (+MD=3.5C), Cs très complexes existantes, Examens obligatoires de l'enfant (COE)
- Tous les actes doivent s'additionner au cours d'une consultation ; fin du 2e à moitié prix et du 3e gratuit
- Autoriser les cotations ZZQM004 et ZZQM008 : Echo (doppler) au lit du malade en cumul de la consultation y compris pour les Médecins spécialisés ne médecine générale (sous réserve d'une formation correspondante)
- Cumul NGAP / CCAM possible et cela sans limite de spécialité.
- NGAP et CCAM à revaloriser sur l'inflation depuis et indexer annuellement
- Maintien du FPMT ; fin des ROSP coercitives et conditionnelles.

On propose une réévaluation du FMPT strictement proportionnelle à celle de l'acte de base C, portant préférentiellement sur les patients complexes (<6 ans, >65 ans ET/OU ALD).

- ASV : revalorisation du point ASV et indexation automatique du point sur l'inflation avec sécurisation du régime par l'Etat.
- Démarches administratives facturables à l'euro coutant.
- Proposition d'une valorisation financière de l'expérience du médecin et des formations suivies (Plan de carrière) :

En cas de non-financement du secteur 1 par la CNAM :

- Proposer une implication plus importante des assurances complémentaires dans le % de l'acte et du forfait médecin traitant.
- Ouverture du secteur 2 conventionnel à tous les médecins sans condition

Enfin,

- Suppression du tarif d'autorité qui induit une inégalité de fait : les patients doivent être remboursés à la même hauteur quel que soit le statut conventionnel du médecin consulté (suppression de l'article L162-5-10 du code de la sécurité sociale)

Comment rendre plus attractif l'exercice libéral ?

- Défisicalisation de la PDSA/PDSES et des consultations avancées en désert médical
- Permettre et faciliter les groupements d'employeur pour assistants médicaux / IDEL.
- Permettre et faciliter la réalisation et la cotation d'actes techniques protocolisés par AM/IDEL en délégation de tâches du médecin, sous la CPS du médecin.
- Ajuster la valeur de tous les actes à l'inflation annuellement (ou stabilité si déflation)
- Cumul 2 actes au minimum sans décote et NGAP CCAM
- Valoriser les missions supplémentaires en coordination, d'intérêt public non encore identifiées (Prise en charge de patients AME demandeurs d'asile, collaboration avec IME/MASS/EHPAD/ Soins palliatifs, participation aux RCP, ... liste non exhaustive)
- Favoriser le financement de la maîtrise de stage et les stages en Médecine Libérale
- Renforcer les liens entre Médecin MPDH, Médecin du travail et Médecins référents dont le Médecin Généraliste traitant.
- Financement du repos compensateur ½ journée de consultation en lendemain de garde.
- Financement de la FMC à hauteur de 4C de l'heure si formation non PEC par DPC car beaucoup de formations y compris DU ne sont pas financées par le DPC.

L'exercice libéral permet une relative autonomie et indépendance du médecin par rapport à d'autres mode d'exercice tels que le salariat. Cependant ce mode d'exercice intègre de nombreuses contraintes inhérentes au titre de la profession libérale : travail administratif, gestion d'une entreprise, etc.

Les étudiants ne sont, aujourd'hui, aucunement formés à la gestion d'une entreprise libérale lors de leur études (études hospitalo-centrées). Aucun cours de gestion, aucun cours sur le mode de fonctionnement du système conventionnel n'est donné durant les études médicales (essentiellement axées sur le savoir médical).

Par ailleurs, les contraintes administratives ont augmenté de manière exponentielle ces dernières années, avec notamment la délégation de nombreuses tâches de la SECU sur le médecin via la numérisation des données de santé et autres certificats, sans lui déléguer la rémunération corollaire (pour indemniser le temps passé, l'investissement matériel ou humain par l'embauche de secrétaires par exemple).

Le médecin libéral qui avait une certaine liberté d'exercice, n'aura bientôt de libéral plus que les contraintes. Le salariat donne des contraintes horaires, un contrat de travail à respecter, mais permet selon certains de se soustraire de ces contraintes administratives en ne faisant que du soin. Cependant, on note que les centres de santé employant des médecins sont, pour les centres publics, déficitaires indemnisés par les administrations territoriales, ou pour les centres privés, lucratifs, incitant à l'abattage (voir la fraude) afin d'engranger suffisamment de financement, devant la faible rémunération de toute cette activité.

1. JAMA, Association of primary care visit length with potentially inappropriate prescribing, 10/03/2023
2. BMJmedicine, Impact of work schedules of senior physicians on patient and resident physician safety : nationwide, prospective cohorte study, Laura K.Berger et al, Medicine and Neurology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA, 2022, vol.2, issue 1.
3. Impact et accessibilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotiques auprès des patients, Ombeline Morisset, thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Univ. de Caen, Normandie, 24/06/2020