

# Les médecins généralistes

## face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques

## et à la question des modes de rémunération



Vague d'enquête 3  
Pays de la Loire  
2008

L'exigence d'une pratique de qualité constitue un vrai défi pour les médecins, car leur pratique médicale doit en permanence s'adapter, aux progrès des sciences et des techniques médicales, mais aussi à la demande et aux besoins des individus et de la société, dans un contexte marqué par une exigence croissante de sécurité, et enfin aux transformations du contexte et des conditions d'exercice.

Ces contraintes sont notamment importantes pour les généralistes en raison de la transversalité de leur exercice, tant en termes de problèmes de santé que de populations prises en charge.

Ces enjeux sont au cœur de la troisième vague d'enquête réalisée en avril-mai 2008 auprès des médecins des Pays de la Loire qui font partie du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

La première partie de cette enquête porte sur l'adhésion des praticiens aux démarches de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), devenues obligatoires au cours de la dernière décennie. Au moment où ces deux démarches viennent d'être regroupées sous l'appellation de *développement professionnel continu*, par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les résultats de l'enquête offrent un état des lieux particulièrement utile [1-4].

1 Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles	2-7
2 Recommandations de bonne pratique	8-11
3 Evolution de l'activité des généralistes et opinions sur leurs modes de rémunération	12-17
4 Délégation de tâches	18
Synthèse	20

Les recommandations professionnelles de bonne pratique, et notamment les modalités d'accès à ces informations et leur utilisation, constituent le second axe de cette enquête.

Le troisième volet porte sur l'opinion des généralistes quant à leur mode de rémunération actuel et à ses évolutions éventuelles (développement des forfaits, introduction d'une part de salariat). Ces données ont été mises en regard des informations enregistrées par l'assurance maladie concernant l'activité et les honoraires des généralistes, et leur évolution générale depuis la fin des années 90.

Enfin, cette enquête apporte des éléments d'information sur l'opinion des généralistes à propos du transfert de certaines tâches à d'autres professionnels.

# Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles

La formation continue des médecins (FMC) a longtemps été le fait d'initiatives locales ou nationales, portées par des acteurs très divers, d'où de multiples réalisations, très décentralisées. Les associations locales de FMC, constituées le plus souvent par des généralistes pour mettre en place des actions correspondant à leurs attentes, se sont développées dans les années 50. Elles se sont progressivement fédérées jusqu'à la création en 1978, de l'union nationale des associations de formation médicale continue (Unaformec). Ce devoir déontologique de formation continue est devenu une obligation légale pour tous les médecins en exercice en 1996. S'y est ajouté, en 2004, l'obligation pour chaque médecin de mettre en oeuvre une démarche d'évaluation de ses pratiques professionnelles (EPP) [1-5].

Les procédés adoptés par la FMC et l'EPP sont complémentaires : la FMC privilégie une approche pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences, alors que l'EPP est une démarche qui associe une analyse par chaque praticien de son activité en référence à des recommandations professionnelles, puis si besoin, la mise en oeuvre et le suivi d'un ajustement de ses pratiques [6-8].

Pour permettre aux médecins de satisfaire à ces obligations et en assurer la validation, deux dispositifs distincts ont été définis, qui se sont progressivement articulés (encadré 1). Mais ce système, particulièrement complexe, n'a pas pu devenir pleinement opérationnel dans la mesure où les conseils régionaux de formation médicale continue, chargés de valider les obligations de formation et d'EPP de chaque praticien, n'ont pas été mis en place. La loi hôpital-patients-santé-territoires de 2009, prévoit le regroupement de ces deux démarches au sein du développement professionnel continu.

## Formation médicale continue

**Fig1. Adhésion à une association de FMC Pays de la Loire**

Proportion de généralistes déclarant...

appartenir à une association de FMC ou à un groupe de pairs	73 %
<i>agréé(e) au titre de la FMC <sup>(1)</sup></i>	52 %
<i>non agréé(e)</i>	14 %
<i>ne sait pas</i>	7 %
être prêts à adhérer à une association locale	16 %
ne pas souhaiter adhérer à une association locale	11 %
Total	100 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Affilié à un organisme régional ou national agréé ou ayant obtenu son propre agrément au titre de la FMC

### La majorité des généralistes adhèrent à une association de FMC

Le taux d'adhésion des médecins aux associations de FMC illustre l'importance que revêt pour les praticiens la mise à jour de leurs connaissances. Selon la troisième vague d'enquête du Panel, 73 % des généralistes des Pays de la Loire déclarent *appartenir à une association de FMC ou à un groupe de pairs*, le plus souvent agréé(e) au titre de la FMC. 16 % ne sont pas dans ce cas mais se disent *prêts à adhérer à une association locale de médecins qui se réunirait périodiquement* (fig1).

### Encadré 1 - Organisation, financement et validation de la FMC et de l'EPP

En 2008, année de réalisation de l'enquête, tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, doivent satisfaire à l'obligation de FMC et d'EPP, et obtenir par période de 5 ans, au moins 250 crédits dont 100 crédits d'EPP [3]. Quatre catégories de formation sont prises en compte :

- les formations présentielles (8 crédits pour une journée de formation, 4 pour une demi-journée ou une soirée),
- les formations individuelles et à distance (par exemple 2 crédits par an pour un abonnement à un périodique médical),
- les situations professionnelles formatrices (activités de formateur, travaux de recherche...),
- les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles : un forfait de 100 crédits est attribué à chaque médecin ayant satisfait, sur la période de 5 ans, à l'obligation d'évaluation dans les conditions fixées par la Haute autorité de santé.

Les formations présentielles doivent être délivrées par des organismes agréés, publics ou privés. Plusieurs dispositifs d'agrément des acteurs et des actions coexistent : conseil national de la FMC (CNFMC), formation professionnelle conventionnelle (FPC), fonds d'assurance-formation de la profession médicale (FAF-PM).

L'agrément FPC permet le financement par l'assurance maladie de formations sur des sujets correspondant à des thèmes conventionnels de maîtrise médicalisée des dépenses ou aux objectifs de la loi de santé publique, ainsi qu'une indemnisation des médecins.

L'agrément FAF-PM permet un financement des formations par les fonds d'assurance-formation alimenté par les cotisations des médecins et géré par les organisations syndicales.

Les entreprises de santé, à travers une aide financière ou un soutien logistique contribuent également au financement de la formation médicale continue, de même que les droits d'adhésion et d'inscription acquittés par les médecins...

L'EPP ne fait pas l'objet de financement spécifique, mais les URML, qui rémunèrent pour leur intervention les médecins habilités par la HAS, et l'assurance maladie qui soutient des initiatives dans ce domaine, y contribuent [7-8].

Une profonde restructuration de l'organisation, du système de financement, et de validation de la FMC et de l'EPP est prévue par la loi HPST à travers le regroupement de ces deux démarches au sein du développement professionnel continu [4].

### La grande majorité des généralistes participent à des sessions de FMC...

85 % des généralistes déclarent *avoir participé à une ou des sessions de FMC* au cours de l'année qui précède l'enquête, 43 % une à plusieurs fois par mois, 30 % tous les trois mois et 12 % une seule fois.

11 % des généralistes n'ont assisté à aucune session mais déclarent *s'être formé seul en 2007* (abonnement à des revues, acquisition d'ouvrages ou formation à distance). Si on considère que ces médecins participent à la FMC, la fréquence globale de participation à ce dispositif atteint alors 96 %.

Les médecins qui ne se sont pas formés, que ce soit en assistant à des sessions collectives ou de façon individuelle, et qui déclarent ne pas ressentir le besoin d'une formation représentent 2 % de l'ensemble des généralistes (fig2).

Le taux de participation à la FMC n'a pas évolué de façon significative entre 2007 et 2008 dans les Pays de la Loire, ni dans les quatre autres régions qui participent au panel.

### ... et estiment en tirer un bénéfice

La grande majorité des médecins qui ont assisté à des sessions de FMC estiment *en tirer un bénéfice dans leur pratique, "tout à fait"* (62 %) ou *"plutôt"* (34 %). Cette opinion est d'autant plus affirmée que la participation aux sessions est régulière (fig3).

Dans de nombreux cas, les médecins sont aussi acteurs de ces formations : 28 % déclarent *avoir apporté leur concours à des formations médicales en 2007*, comme *organisateur ou animateur* (21 %), *formateur* (14 %) ou *expert* (7 %).

Les Pays de la Loire présentent une situation similaire à celle des autres régions du panel d'observation en médecine générale pour la participation des généralistes aux sessions de FMC (excepté la Basse-Normandie). En revanche, ils se distinguent par des proportions plus élevées de médecins qui appartiennent à une association de FMC (73 % vs 66 % pour l'ensemble des quatre autres régions) et qui apportent leur concours à des sessions de formation (28 % vs 22 %) (fig4). Ces spécificités régionales ne sont pas liées aux caractéristiques d'exercice et de démographie des médecins (fig6), puisqu'elles perdurent après ajustement sur ces différentes variables.

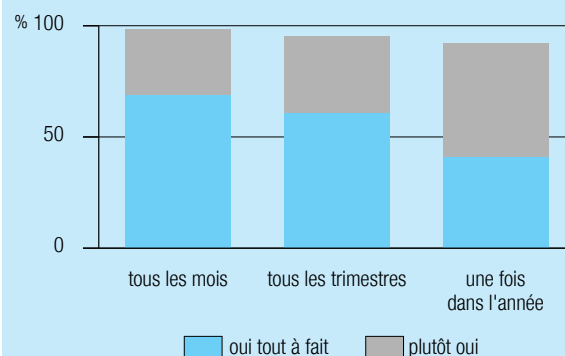
**Fig2. Participation à la FMC - Pays de la Loire**

Proportion de généralistes déclarant...	
avoir participé à des sessions de FMC dans l'année	85 %
<i>une ou plusieurs fois par mois</i>	43 %
<i>tous les trois mois</i>	30 %
<i>une seule fois</i>	12 %
ne pas avoir participé à une session dans l'année	15 %
<i>s'est formé seul en 2007</i>	11 %
<i>ne s'est pas formé seul en 2007 et ne ressent pas le besoin d'une formation</i>	2 %
<i>autres cas</i>	2 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

**Fig3. Appréciation du bénéfice apporté par la FMC selon la fréquence de participation aux sessions - Pays de la Loire**

Proportion de généralistes déclarant tirer un bénéfice de leur participation à des sessions de formation médicale continue au cours des 12 derniers mois



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

**Fig4. Comparaisons régionales**

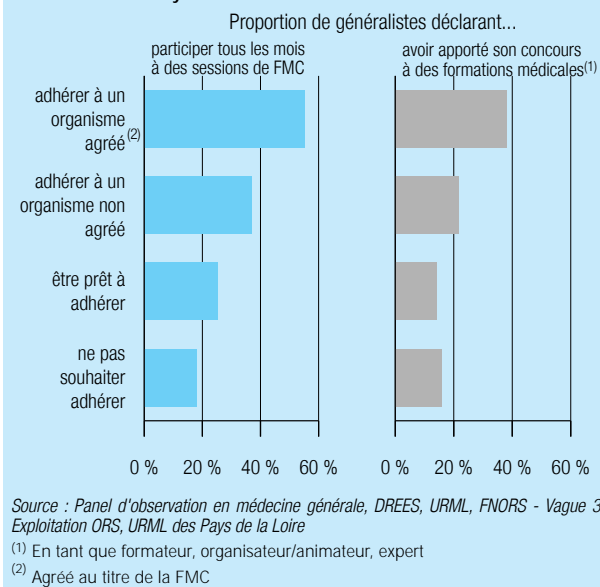
Proportion de généralistes déclarant...		Pays de la Loire	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Paca
appartenir à une association de FMC ou un groupe de pairs						
		73 %	65 % *	71 %	69 %	61 % *
avoir participé à des sessions de FMC						
dans l'année		85 %	77 % *	83 %	84 %	81 %
tous les mois		43 %	32 % *	43 %	42 %	37 %
avoir apporté leur concours à des formations médicales en 2007						
		28 %	22 %	23 %	20 % *	23 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

**Note de lecture**

\* Indique que la différence avec la fréquence observée dans les Pays de la Loire est statistiquement significative (voir encadré 7 page19)

**Fig5. Participation à la FMC selon l'adhésion à une association de médecins - Pays de la Loire**



### Une participation aux sessions de FMC plus fréquente pour les médecins qui appartiennent à une association de FMC

Les généralistes qui appartiennent à une association de FMC ou un groupe de pairs, agréé(e) au titre de la FMC, sont deux fois plus nombreux à assister chaque mois à des sessions de FMC que leurs confrères qui n'appartiennent à aucune association (55 % vs 22 %). Ils sont également trois fois plus nombreux à avoir apporté leurs concours à des formations médicales en 2007 (fig5).

Par ailleurs, la participation mensuelle aux sessions de FMC est plus fréquente parmi les médecins qui font peu de visites à domicile, qui adhèrent à un réseau de santé, à une association représentative de médecins. A l'inverse, les généralistes qui participent à la régulation des urgences paraissent moins impliqués. Par contre, la participation mensuelle aux sessions de FMC n'est pas associée au nombre hebdomadaire de visiteurs médicaux reçus, ni à la pratique de dépassement d'honoraires, contrairement à ce qui est observé dans les quatre autres régions participant au panel. Elle n'apparaît pas liée au type d'installation (seul ou en cabinet de groupe), à l'activité..., ni aux caractéristiques démographiques (sexe, âge) ou géographiques (urbain/rural) (fig6).

**Fig6. Facteurs associés à la participation à la FMC Pays de la Loire**

		Généralistes déclarant avoir participé à des sessions de FMC chaque mois	
		% <sup>(1)</sup>	OR ajusté
<b>Total</b>		<b>43 %</b>	
<b>CARACTERISTIQUES LIEES AUX MODALITES D'EXERCICE</b>			
- participer à la régulation des urgences	oui	37 %	réf.
	non	44 %	1,6 *
- avoir des activités auprès d'associations représentatives de médecins	oui	50 %	réf.
	non	41 %	0,6 *
- adhérer à un réseau de santé	oui	47 %	réf.
	non	39 %	0,7 *
- part des visites dans l'activité de 2007	moins de 12 %	48 %	réf.
	plus de 12 %	30 %	0,5 *
- recevoir chaque semaine un nb de visiteurs médicaux	-	-	ns
- pratiquer des dépassements d'honoraires	-	-	ns
- avoir des activités à l'hôpital	-	-	ns
- avoir d'autres activités (hôpital local, centre de soins...)	-	-	ns
- participer aux gardes (en semaine ordinaire)	-	-	ns
- nombre d'actes effectués en 2007	-	-	ns
- exercer en cabinet de groupe	-	-	ns
<b>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES</b>			
- sexe	-	-	ns
- âge	-	-	ns
- commune d'exercice (urbaine / rurale)	-	-	ns

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 2 et 3 - URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

**Note de lecture**

\* : Différence statistiquement significative pour l'échantillon Pays de la Loire

\* Différence non statistiquement significative dans l'échantillon des Pays de la Loire, mais qui est confortée par l'existence d'une même différence, significative, pour l'échantillon regroupant l'ensemble des cinq régions ayant participé au panel (voir encadré 7 page 19)

ns : Absence de différence ou différence non statistiquement significative

### 4 médecins sur 10 se disent bien informés sur les conditions de reconnaissance de la FMC

L'ensemble des généralistes reçoivent des informations sur la FMC (99 %), le plus souvent par leurs confrères (dans le cadre d'associations locales, de groupe de pairs ou de discussions informelles, 89 %) et par la presse ou par internet (88 %). Les autres vecteurs sont moins souvent cités : URML (58 %), visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique (54 %), courriers publicitaires (49 %), délégués de l'assurance maladie (33 %) (fig10).

Mais seulement 44 % des généralistes pensent être bien informés sur le barème de points de FMC. La situation est cependant plus favorable dans la région des Pays de la Loire à l'instar de la région Paca (45 %) comparativement aux trois autres régions qui participent au panel (35 % en Basse-Normandie et en Bretagne et 40 % en Bourgogne). Ce sentiment est un peu plus souvent partagé par les médecins qui participent à des sessions de FMC (47 % vs 30 %), mais il n'apparaît pas de variation avec la fréquence de participation à ces dernières.

## Evaluation des pratiques professionnelles

### Début 2008, 42 % des généralistes déclarent avoir réalisé une démarche d'EPP...

La démarche d'EPP ne connaît pas la même diffusion au sein des médecins généralistes que la Formation médicale continue, plus ancienne. En avril-mai 2008, 42 % des généralistes déclarent avoir déjà réalisé une démarche d'EPP, 21 % envisagent de s'y engager dans l'année.

7 % des généralistes ne sont pas encore impliqués dans un tel projet et ne veulent pas s'y engager.

Enfin, 16 % des généralistes déclarent *ne pas ressentir la nécessité d'une évaluation des pratiques* et 8 % *ne pas connaître l'EPP* (fig 7).

Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence dans la mesure où ils diffèrent sensiblement du bilan effectué par l'URML à la fin de l'année 2008 (encadré 3).

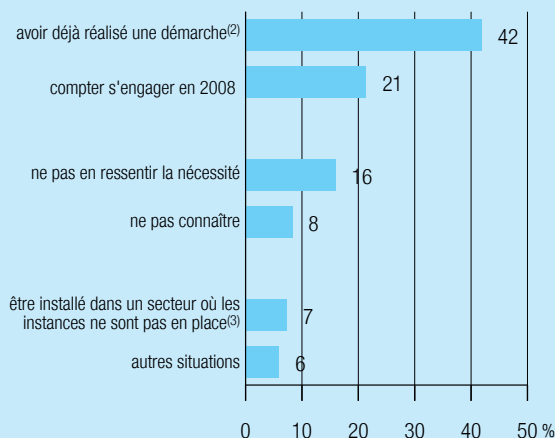
Par rapport à la première vague d'enquête réalisée début 2007 dans le cadre du panel d'observation en médecine générale où elle peut être estimée à 29 %, la participation à l'EPP dans les Pays de la Loire a progressé de façon significative. Cette évolution se retrouve dans les quatre autres régions participant au panel.

### ... et la majorité d'entre eux sont convaincus de l'intérêt pour leur pratique

En 2007, la majorité des généralistes qui participaient à l'EPP justifiaient leur implication par le fait que *"cela leur donne l'occasion d'un recul sur leur pratique"* (88 %) et que *"cela leur permet d'améliorer leur pratique"* (84 %). 8 % des médecins concernés ont évoqué l'obligation comme seule motivation.

**Fig7. Participation à l'évaluation des pratiques professionnelles - Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant, à propos de l'EPP,...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

<sup>(2)</sup> Généralistes ayant déclaré spontanément avoir déjà réalisé une démarche d'EPP ayant donné lieu à un certificat (41 %) ou ayant déclaré ne pas compter s'engager dans une EPP en 2008 parce qu'ils ont déjà satisfait à cette obligation (1 %)

<sup>(3)</sup> Ou le sont depuis une date récente

### Encadré 2 - Présentation du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine

Ce dispositif de recueil de données a été mis en place en 2007 dans cinq régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, et Provence-Alpes-Côte d'Azur), à l'initiative du Ministère chargé de la santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees), des Unions régionales de médecins libéraux (URML) et de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Le panel a pour objectif d'apporter des données sur le cadre d'activité, l'environnement professionnel, les rythmes de travail des médecins généralistes, sur leurs pratiques de prise en charge, leurs opinions vis-à-vis d'un certain nombre de dispositifs, et d'en identifier les principaux déterminants... Il comprend cinq vagues d'enquêtes, réalisées chaque semestre par téléphone.

Dans le but d'enrichir les analyses, les données extraites des rele-

vés individuels d'activité et de prescriptions (Riap) de l'assurance maladie complètent les données d'enquête.

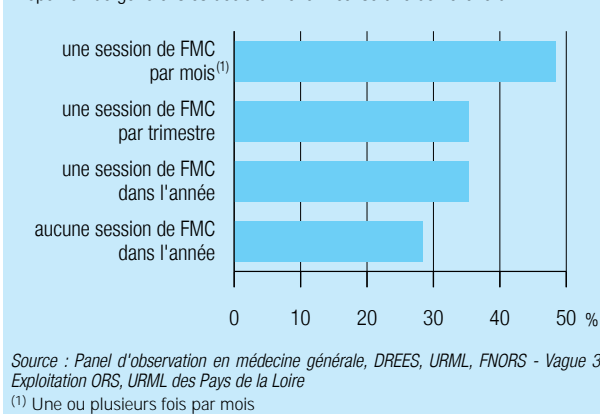
#### La troisième vague d'enquête

La troisième vague du panel s'est déroulée en avril-mai 2008. Les médecins ont été interrogés sur la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles, les recommandations professionnelles et sur leurs opinions quant à d'éventuels nouveaux modes de rémunération et à la possibilité de déléguer certaines de leurs tâches à d'autres professionnels. Quelques questions spécifiquement régionales concluaient l'entretien. L'enquête a duré 15 à 20 minutes.

Le questionnaire est disponible sur demande à l'ORS ou l'URML (coordonnées page 20) ou en téléchargement sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)



**Fig8. Engagement dans l'EPP selon la fréquence de participation aux sessions de FMC - Pays de la Loire**  
Proportion de généralistes déclarant avoir réalisé une démarche d'EPP



### Une démarche plus ou moins fréquente selon les modalités d'exercice

L'engagement dans une démarche d'EPP est d'autant plus fréquent que le généraliste participe régulièrement à des sessions de FMC (fig8).

Cette adhésion, et à l'inverse le fait de déclarer ne pas en ressentir le besoin ou ne pas connaître le dispositif, sont aussi liés à certaines caractéristiques d'exercice comme avoir des activités au sein d'associations représentatives de médecins, adhérer à un réseau de santé, exercer à l'hôpital ou dans une autre structure, l'activité. La démarche a également été plus fréquemment adoptée par les généralistes de plus de 45 ans et les femmes.

En revanche, aucune association n'est observée avec le type d'installation (en cabinet de groupe ou seul), le nombre hebdomadaire de visiteurs médicaux, l'importance des visites à domicile, le lieu d'exercice (urbain/rural) (fig9).

**Fig9. Facteurs associés à la réalisation d'une EPP - Pays de la Loire**

		Généralistes déclarant avoir déjà réalisé une démarche d'EPP ayant donné lieu à un certificat		Généralistes déclarant ne pas connaître l'EPP ou ne pas ressentir la nécessité d'une EPP	
		% (1)	OR ajusté	% (1)	OR ajusté
<b>Total</b>		<b>42 %</b>		<b>24 %</b>	
<b>CARACTERISTIQUES LIEES AUX MODALITES D'EXERCICE</b>					
- avoir des activités auprès d'associations représentatives de médecins	oui	57 %	réf.	24 %	réf.
	non	35 %	0,4 *	27 %	1,4 *
- adhérer à un réseau de santé	oui	51 %	réf.	21 %	réf.
	non	35 %	0,5 *	30 %	1,5 *
- avoir des activités à l'hôpital	oui	-	-	19 %	réf.
	non	-	- ns	28 %	3,5 *
- avoir d'autres activités (hôpital local, centre de soins...)	oui	44 %	réf.	-	-
	non	39 %	0,7 *	-	- ns
- nombre d'actes effectués en 2007	moins de 4 000 actes	-	-	33 %	réf.
	de 4 000 à 5 800 actes	-	- ns	24 %	0,8 *
	5 800 actes et plus	-	- ns	24 %	0,7 *
- participer à la régulation des urgences		-	- ns	-	- ns
- participer aux gardes (en semaine ordinaire)		-	- ns	-	- ns
- part des visites dans l'activité de 2007		-	- ns	-	- ns
- exercer en cabinet de groupe		-	- ns	-	- ns
- recevoir chaque semaine un nombre de visiteurs médicaux		-	- ns	-	- ns
- pratiquer des dépassements d'honoraires		-	- ns	-	- ns
<b>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES</b>					
- sexe (% standardisés selon l'âge)	hommes	-	-	29 %	réf.
	femmes	-	- ns	21 %	0,5 *
- âge	moins de 45 ans	35 %	réf.	-	-
	45-52 ans	40 %	1,4 *	-	- ns
	53 ans et plus	43 %	1,4 *	-	- ns
- commune d'exercice (urbaine / rurale)		-	- ns	-	- ns

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 2 et 3 - URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

**Note de lecture :** Voir figé page 4

### 41 % des généralistes se sentent bien informés sur les conditions de validation de l'EPP

La très grande majorité des généralistes (93 %) ont reçu des informations générales sur l'EPP, le plus souvent par l'intermédiaire de confrères (75 %), de la presse ou internet (72 %), et de l'URML (59 %) (fig10).

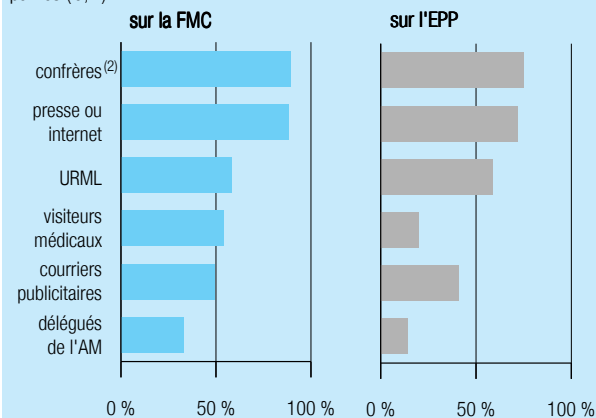
Toutefois, seulement 41 % des généralistes pensent être bien informés sur les conditions requises pour la validation de l'EPP et 58 % qu'il leur sera aisé de satisfaire à cette obligation pour les cinq ans à venir. Les médecins déjà engagés dans une démarche d'EPP partagent plus souvent ces opinions (respectivement 64 % et 81 %).

Concernant la participation à l'EPP et le sentiment d'être bien informés sur les conditions de sa validation, la situation des Pays de la Loire est assez similaire à celle observée dans les quatre autres régions qui participent au panel d'observation en médecine générale.

Les généralistes ligériens sont par contre un peu plus optimistes quant à la possibilité pour eux de satisfaire cette obligation (58 % vs 52 % pour l'ensemble des quatre autres régions). Mais cette spécificité régionale est liée aux caractéristiques d'exercice et de démographie des médecins car elle disparaît après ajustement sur ces différentes variables (fig9).

**Fig10. Modes d'obtention des informations générales sur la FMC et l'EPP - Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant obtenir des informations générales par les (la, l')...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés  
(2) Association locale, groupe de pairs, formateur responsable ou à l'occasion de discussions informelles avec des confrères

**Fig11. Comparaisons régionales**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant...

	Pays de la Loire	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Paca
avoir déjà réalisé une démarche d'EPP ayant donné lieu à un certificat	39 %	39 %	31 % *	36 %	36 %
être bien informés sur les conditions requises pour la validation de l'EPP	41 %	38 %	42 %	34 % *	43 %
qu'il leur sera aisé de satisfaire à l'obligation d'EPP pour les cinq ans à venir	58 %	50 %	53 %	48 % *	55 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

Note de lecture : Voir fig4 page 3

### Encadré 3 - Formation médicale continue et Evaluation des pratiques professionnelles : la situation pour les généralistes dans les Pays de la Loire

Dans la région comme au plan national, de nombreuses actions de formation médicale continue sont mises en oeuvre, par de multiples acteurs. Mais aucun état des lieux global n'est disponible sur l'activité de ce dispositif, et la participation des médecins.

Pour la seule formation professionnelle conventionnelle (FPC), le rapport annuel 2008 fait état d'un taux de participation des omnipraticiens libéraux de 25 % pour les Pays de la Loire, soit un taux équivalent de celui observé au niveau national (24 %) [9].

L'accompagnement dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles peut être assuré, selon le choix du médecin ou du groupe de médecins concernés, par un médecin habilité ou par un organisme agréé par la Haute autorité de santé. La région compte actuellement 53 médecins habilités par la HAS [11].

Selon l'URML, qui organise l'EPP dans la région et délivre les certificats attestant de cette évaluation, sur les 3 200 omnipraticiens libéraux (Snir, 2007 [10]) que compte la région, environ 500 avaient engagé ou terminé une démarche d'EPP fin 2008 avec un accompagnement par un médecin habilité, et 150 avec un accompagnement réalisé par un organisme agréé [11].

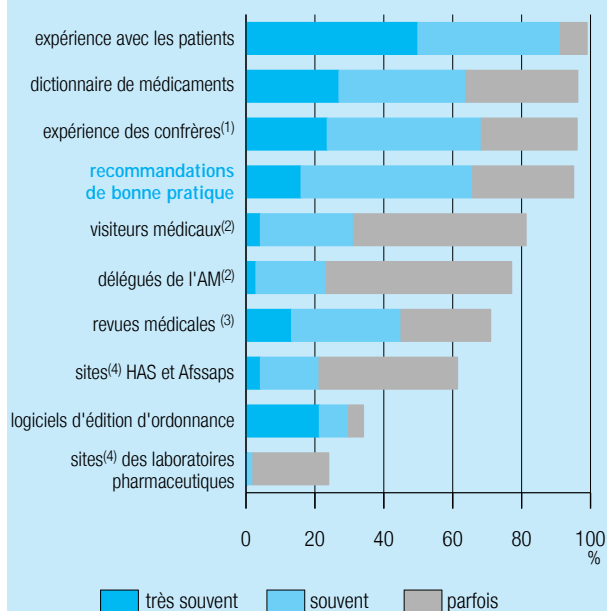
A noter également dans la région la mise en place depuis 2009 de groupes Qualité, à l'initiative de l'URML et de l'URCAM, réunissant les médecins généralistes d'un même territoire, et dont l'objectif est l'analyse de leurs pratiques, de leur activité et de leur organisation. Fin 2009, 20 groupes associant au total 200 médecins généralistes ont déjà été constitués dans les Pays de la Loire.

## Recommandations de bonne pratique

Les recommandations professionnelles, dont le nombre s'est multiplié au cours de la dernière décennie, font partie des outils dont dispose dorénavant le médecin pour l'aider à définir ses stratégies de prise en charge. Ces recommandations sont définies par la Haute autorité de santé (HAS) comme "des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données". Leur utilisation vise à "informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins" [6].

**Fig12. Dispositifs d'aide aux choix des prescriptions et de la prise en charge des patients - Pays de la Loire**

Proportion de généralistes déclarant utiliser pour le choix de leurs prescriptions et/ou la prise en charge de leurs patients l'(le, les)...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 1 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Partage d'expérience avec les confrères

(2) Informations délivrées par les visiteurs médicaux / délégués de l'assurance maladie

(3) Revues médicales d'abonnement payant

(4) Sites internet

### Les recommandations de bonne pratique font partie des outils les plus utilisés

Deux généralistes sur trois déclarent *utiliser souvent les recommandations de bonne pratique (RBP) pour le choix de leurs prescriptions et/ou la prise en charge de leurs patients* (16 % "très souvent", 50 % "souvent") et 29 % "parfois" <sup>1</sup>. Outre leur propre expérience ou celles de confrères, les recommandations sont devenues, avec les dictionnaires de médicaments, les dispositifs les plus souvent utilisés par les médecins pour le choix de leurs thérapeutiques (fig12).

Les généralistes qui disent utiliser les RBP, déclarent les utiliser principalement *pour améliorer leurs pratiques* (96 %) et *leurs connaissances* (95 %). Mais ils sont également relativement nombreux (46 %) à s'appuyer sur ces recommandations *pour ne pas s'exposer à des risques judiciaires*. Par ailleurs, 31 % des praticiens y recourent *pour répondre à la demande des patients*. Ces proportions ne varient pas avec la fréquence d'utilisation des RBP.

Les vecteurs de diffusion des RBP sont très divers : 93 % des généralistes disent les *recevoir dans leur courrier*, et la moitié les *consulter sur les sites internet de l'HAS ou de l'Afssaps*. Les journaux médicaux (58 %), les sociétés savantes ou les colloques (51 %), et les délégués de l'assurance maladie (47 %) contribuent également à leur diffusion. En revanche, les confrères et les représentants des laboratoires pharmaceutiques sont moins souvent cités à ce propos.

<sup>1</sup> Question posée lors de la première vague d'enquête du panel en mars-avril 2007.



Les généralistes qui exercent en groupe sont plus nombreux à déclarer utiliser souvent les RBP, de même que ceux qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, et dans une moindre mesure que ceux qui ont des activités auprès d'associations représentatives de médecins, qui adhèrent à un réseau de santé, et qui reçoivent en moyenne moins de quatre visiteurs médicaux par semaine.

En revanche, aucune association n'est observée avec les autres caractéristiques d'exercice (fig13).

Aucun lien n'est retrouvé non plus avec le sexe, l'âge et le lieu d'exercice (urbain/rural). Ces résultats diffèrent de ceux de la littérature qui décrit une application plus fréquente des RBP parmi les jeunes médecins et ceux exerçant en zone urbaine [12-13].

### La majorité des généralistes ont confiance dans les recommandations...

Plus de 80 % des généralistes estiment que les RBP *présentent les connaissances de façon fiable, ont confiance dans la façon dont elles sont établies et sont fréquemment d'accord avec elles*. Plus de 80 % des praticiens considèrent également que *les appliquer permet d'améliorer les pratiques de prise en charge* (fig14).

**Fig13. Facteurs associés à l'utilisation des RBP Pays de la Loire**

		Généralistes déclarant utiliser souvent ou très souvent les recommandations de bonne pratique	
		% (1)	OR ajusté
<b>Total</b>		<b>66 %</b>	
<b>CARACTERISTIQUES LIEES AUX MODALITES D'EXERCICE</b>			
- avoir des activités auprès d'associations représentatives de médecins	oui	69 %	réf.
	non	65 %	0,8 *
- adhérer à un réseau de santé	oui	68 %	réf.
	non	64 %	0,8 *
- exercer en cabinet de groupe	oui	70 %	réf.
	non	59 %	0,6 *
- recevoir chaque semaine un nombre de visiteurs médicaux	inférieur à 4	67 %	réf.
	supérieur ou égal à 4	64 %	0,8 *
- pratiquer des dépassements d'honoraires	parfois ou jamais régulièrement(2)	67 %	réf.
		53 %	0,4 *
- participer à la régulation des urgences		-	- ns
- avoir des activités à l'hôpital		-	- ns
- avoir d'autres activités (hosp. local, centre de soins...)		-	- ns
- participer aux gardes (en semaine ordinaire)		-	- ns
- nombre d'actes effectués en 2007		-	- ns
- part des visites dans l'activité de 2007		-	- ns
<b>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES</b>			
- sexe		-	- ns
- âge		-	- ns
- commune d'exercice (urbaine / rurale)		-	- ns

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 1, 2 et 3 - URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

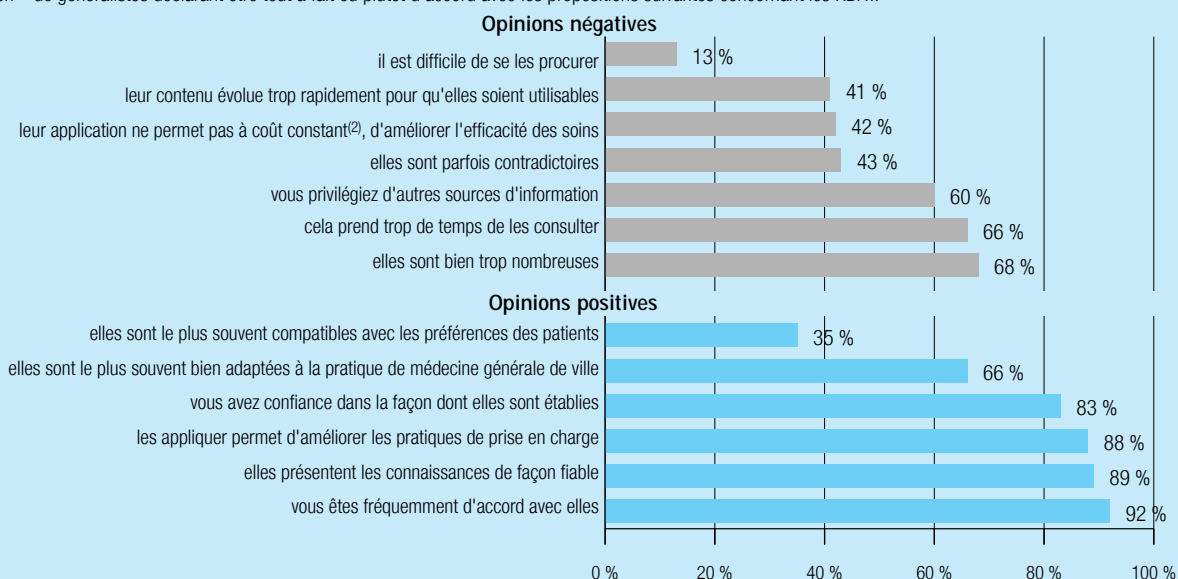
(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

(2) Régulièrement ou exercent en secteur 2

Note de lecture : Voir figé page 4

**Fig14. Opinions des généralistes à propos des RBP - Pays de la Loire**

Proportion(1) de généralistes déclarant être tout à fait ou plutôt d'accord avec les propositions suivantes concernant les RBP..



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés (2) A coût constant pour la collectivité

### ... mais sont plus réservés quant à leur mise en œuvre

Même si la grande majorité des praticiens déclarent utiliser les RBP, il existe cependant des obstacles importants à leur mise en application. Les deux tiers des médecins estiment qu'*elles sont bien trop nombreuses*, que *cela prend trop de temps de les consulter*, et déclarent *privilégier d'autres sources d'informations*.

Environ 40 % des médecins considèrent même qu'*elles sont parfois contradictoires*, que *leur application ne permet pas à coût constant pour la collectivité d'améliorer l'efficacité des soins* et que *leur contenu évolue trop rapidement pour qu'elles soient utilisables* (fig14).

Ces opinions sont d'autant plus souvent partagées que les médecins déclarent une utilisation relativement peu fréquente des recommandations.

### Une situation variable selon la nature du problème de santé à traiter

Pour analyser de manière plus précise la connaissance et l'utilisation des RBP, les généralistes ont été interrogés à propos de six d'entre elles qui concernent l'asthme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, la migraine, la dépression, et l'obésité du sujet jeune [14-19].

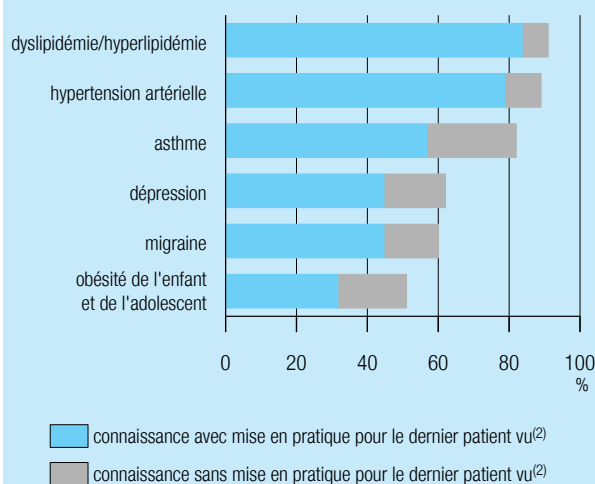
Les recommandations concernant les dyslipidémies et l'hypertension artérielle sont bien connues des généralistes, et sont fréquemment utilisées : environ 90 % des médecins déclarent en *avoir connaissance*, et 80 % *les avoir mis en pratique pour le dernier patient vu pour cette pathologie*.

L'attitude des généralistes est différente en ce qui concerne les recommandations pour l'asthme : en effet 82 % des généralistes déclarent la connaître mais seulement 57 % disent l'avoir mise en œuvre la dernière fois.

Les recommandations concernant la prise en charge de la dépression, la migraine, la prise en charge de l'obésité du sujet jeune sont moins souvent connues et utilisées (fig15).

**Fig15. Connaissance et utilisation de certaines RBP Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant avoir connaissance des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la (...)



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

<sup>(2)</sup> Dernier patient vu pour cette pathologie

Une revue de la littérature montre qu'il existe de nombreux facteurs influençant le niveau d'application d'une recommandation. Celle-ci est d'autant mieux suivie que le sujet traité correspond à une attente des médecins. Sa présentation doit être concise et faciliter la compréhension. Elle doit aussi être adaptée et applicable à la pratique quotidienne des médecins, c'est-à-dire à l'organisation du fonctionnement des cabinets médicaux mais aussi aux comportements et spécificités morbides, sociales, culturelles et ethniques des patients [12-13].

Concernant les exemples de recommandations relatives aux dyslipidémies, à la migraine, à l'hypertension artérielle, à l'asthme et à la dépression, de 13 à 29 % des médecins qui *les ont mis en pratique pour le dernier patient vu pour cette pathologie* disent *avoir éprouvé des difficultés dans son application*. Cette proportion atteint 55 % pour la RBP relative à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin, il convient ici de rappeler que les recommandations rassemblent et présentent l'état des connaissances médicales, qui sont pour une large part déjà connues des praticiens. Avoir connaissance d'une RBP n'implique pas donc nécessairement des pratiques de prescriptions et de prises en charge différentes des médecins qui n'en ont pas connaissance. Ainsi, face à *une patiente connue, venant en consultation, souffrant pour la première fois de dépression légère et transitoire sans idée suicidaire*<sup>2</sup>, les prescriptions et prises en charge proposées par les généralistes qui déclarent connaître la RBP relative à cette thématique sont assez similaires à celles de leurs confrères qui ne sont pas dans ce cas. S'ils sont un peu plus nombreux à prescrire une psychothérapie, les écarts restent relativement modérés (fig16).

Dans les Pays de la Loire, les fréquences d'utilisation des RBP, lorsque celles-ci sont considérées dans leur ensemble, sont similaires à celles observées dans les autres régions participant au panel d'observation en médecine générale.

Mais si on s'intéresse au cas particulier de la recommandation sur l'asthme, les généralistes des Pays de la Loire apparaissent un peu plus nombreux à la connaître (82 % vs 75 % pour l'ensemble des quatre autres régions). Cette spécificité régionale n'est pas liée aux caractéristiques d'exercice et de démographie des médecins puisqu'elle perdure après ajustement sur ces différentes variables (fig13). La prévalence élevée de l'asthme dans la région, l'implantation d'un réseau Asthme en Loire-Atlantique, ainsi que la diffusion répétée de cette recommandation par l'assurance maladie peut expliquer, du moins en partie, ce résultat [20-21]. Aucune spécificité régionale n'est retrouvée pour les autres exemples de RBP mentionnés dans l'enquête (fig17).

<sup>2</sup> Question posée lors de la première vague d'enquête du panel en mars-avril 2007.

**Fig16. Comparaison des prises en charge proposées selon que le médecin ait connaissance ou non de la RBP**  
Exemple de la dépression - Pays de la Loire

	Généralistes déclarant connaître la RBP et l'avoir utilisé <sup>(1)</sup>	Généralistes déclarant ne pas connaître la RBP	Sig
Proportion de généralistes déclarant prescrire... <i>à une patiente connue souffrant pour la première fois de dépression légère et transitoire, sans idée suicidaire, venant en consultation</i>			
une phytothérapie	46 %	43 %	
une chimiothérapie <sup>(2)</sup>	42 %	47 %	
avec psychothérapie	17 %	17 %	
sans psychothérapie	25 %	30 %	*
une psychothérapie seule <sup>(3)</sup>	36 %	30 %	*

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 1 et 3 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Pour le dernier patient vu pour cette pathologie

(2) Chimiothérapie classique remboursée

(3) Sans chimiothérapie classique

**Note de lecture**

\* Différence non statistiquement significative dans l'échantillon des Pays de la Loire, mais qui est confortée par l'existence d'une même différence, significative, pour l'échantillon regroupant l'ensemble des cinq régions ayant participé au panel

**Fig17. Comparaisons régionales**

Proportion <sup>(1)</sup> de généralistes déclarant...	Pays de la Loire	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Paca
utiliser souvent les RBP <sup>(2)</sup>	66 %	67 %	58 % *	65 %	60 %
avoir connaissance de la recommandation de bonne pratique pour la prise en charge de l' (la)					
- asthme	82 %	74 % *	78 %	75 % *	75 % *
- migraine	60 %	60 %	56 %	55 %	63 %
- dépression	62 %	66 %	68 %	66 %	65 %
- dys/(hyper)lipidémie	91 %	92 %	88 %	90 %	87 % *
- hypertension artérielle	89 %	88 %	88 %	87 %	85 %
- obésité de l'enfant et de l'adolescent	51 %	51 %	45 %	40 % *	47 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 1 et 3 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

(2) Souvent ou très souvent

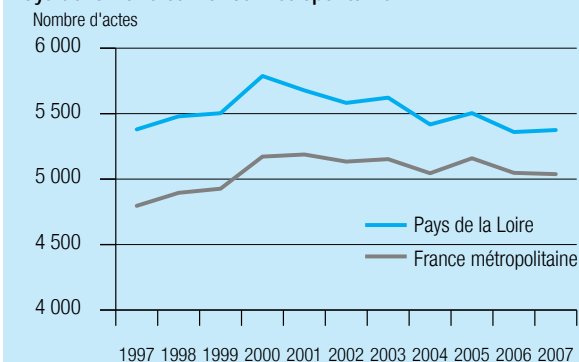
**Note de lecture** : Voir fig4 page 3

## Evolution de l'activité des généralistes et opinions sur leurs modes de rémunération

La rémunération des médecins généralistes libéraux repose principalement sur le paiement à l'acte, le tarif de référence pour le remboursement des soins aux assurés sociaux étant fixé nationalement, dans le cadre de conventions entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux. Mais depuis quelques années, les modes de rémunération des praticiens se sont diversifiés, avec l'instauration de majorations pour les actes concernant certains patients (jeunes enfants, personnes âgées à domicile...), ainsi que l'introduction progressive de différents forfaits liés à certaines prises en charge, contraintes, ou modalités d'exercice (personnes atteintes d'une affection de longue durée, médecin traitant, permanence des soins...).

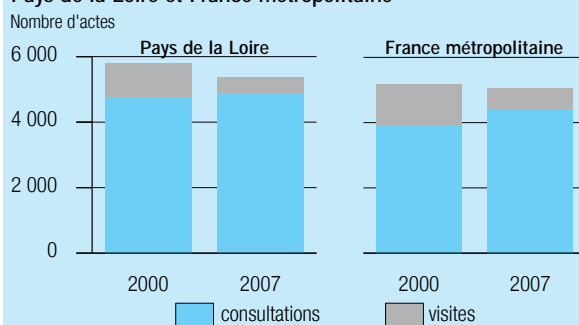
### Activité des généralistes

**Fig18. Evolution du nombre moyen d'actes (consultations et visites) par généraliste libéral APE de 1997 à 2007**  
Pays de la Loire et France métropolitaine



Source : Snir (CNAMTS)

**Fig19. Evolution du nombre moyen de consultations et de visites par généraliste libéral APE en 2000 et 2007**  
Pays de la Loire et France métropolitaine



Source : Snir (CNAMTS)

#### Encadré 4

##### Médecin généraliste actif à part entière (APE)

- médecin ne s'étant pas installé au cours de l'année considérée,
- conventionné,
- n'exerçant pas à l'hôpital à temps plein,
- n'ayant pas atteint son 65<sup>e</sup> anniversaire au cours de l'année,
- continuant à exercer une activité,
- et n'exerçant pas un mode d'exercice particulier (MEP).

**Rémunérations forfaitaires** : versements par l'assurance maladie aux praticiens du fait des contraintes ou des modalités d'exercice, et qui ne peuvent être rattachées à un acte de soins proprement dit (rémunération médecin traitant pour le suivi des patients en affection de longue durée, forfaits liés à la permanence des soins, forfaits de régulation pour permanence téléphonique assurée dans le cadre de la médecine d'urgence, aides à la télétransmission...).

#### Une activité variable selon les régions...

En 2007, un médecin généraliste de la région exerçant à *part entière* (APE, encadré 4) a réalisé en moyenne 5 400 consultations et visites au titre de son activité libérale contre 5 000 au plan national. 9 % de ces actes sont des visites (13 % au plan national) (fig19). Cette activité varie fortement selon les régions : de 4 400 en Paca et en Rhône-Alpes à 6 100 en Picardie et 6 200 dans le Nord-Pas-de-Calais [10].

#### ... qui connaît une baisse tendancielle depuis 2000 dans les Pays de la Loire

Entre 2000 et 2007, le nombre moyen de consultations et visites effectué chaque année par les généralistes ligériens est passé de 5 800 à 5 400, soit une baisse moyenne de 1,1 % par an. Ce recul est beaucoup plus marqué qu'au plan national (-0,4 % par an) (fig18), d'où une réduction de l'écart entre les praticiens ligériens et la moyenne nationale en matière d'activité.

Cette diminution, qui constitue une rupture avec les années passées (+2,5 % dans la région et en France entre 1997 et 2000), n'a pas été continuée. On a observé en particulier une hausse de l'activité en 2005, qui peut être rapprochée de l'entrée en application de la réforme du médecin traitant [2].

La baisse du nombre moyen d'actes réalisé chaque année concerne les visites, dont le recul atteint 10,6 % par an entre 2000 et 2007, alors que le nombre de consultations poursuit une tendance à la hausse (+0,4 % par an). Cette transformation structurelle, plus prononcée dans les Pays de la Loire qu'au plan national, peut résulter notamment de l'introduction de mesures tarifaires et réglementaires (encadré 5), mais aussi plus profondément de changements de pratiques.

### Des disparités d'honoraires importantes entre praticiens

En 2007, les généralistes APE de la région ont perçu en moyenne 135 600 € d'honoraires au titre de leur activité libérale. Le "paiement à l'acte" constitue l'essentiel de ce montant, les rémunérations forfaitaires, 6 %, et les "dépassements", 1 % (fig20). Ce montant moyen est plus élevé qu'au plan national (133 700 €) mais l'écart avec ce dernier (1,5 %), est moins prononcé que pour le nombre d'actes (6,6 %). Cela s'explique structurellement par un niveau moyen moins élevé du montant des dépassements, du nombre d'actes techniques, et du nombre de visites (et donc de majorations de déplacement pour les visites médicalement justifiées, de majorations de maintien à domicile et d'indemnités forfaitaires de déplacement).

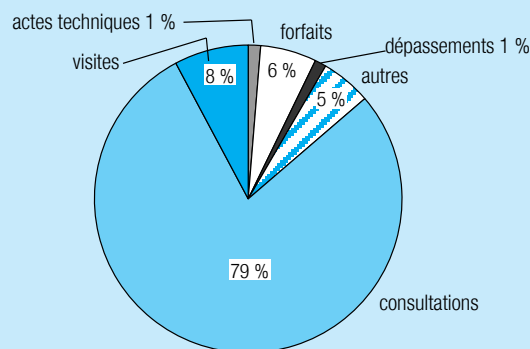
Les disparités entre praticiens sont importantes. 10 % d'entre eux ont ainsi perçu moins de 75 000 €, 38 % entre 105 000 et 150 000 €, et 12 % plus de 195 000 €. Cette dispersion est également observée au plan national (fig21).

Après déduction des charges, le revenu net moyen des généralistes des Pays de la Loire peut être estimé à 71 800 € en 2007, soit 5 980 € par mois (encadré 6).

### Des honoraires en progression

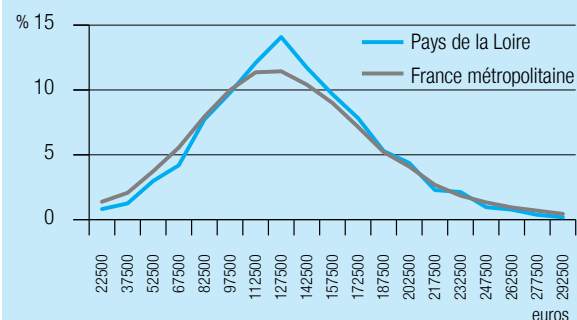
Malgré la baisse du nombre d'actes depuis le début de la décennie, les honoraires moyens des généralistes ont continué de progresser dans la région (+0,7 % par an entre 2000 et 2007 en euros constants, c'est-à-dire corrigés de l'inflation), en raison des revalorisations des tarifs des consultations et des visites, mais aussi de l'instauration de majorations et de rémunérations forfaitaires. Mais cette hausse a été moins prononcée qu'au plan national (+1,4 %), et l'écart entre la région et la France s'est réduit (fig22). La part que représentent les dépassements dans les honoraires des généralistes a également diminué sur cette période dans la région (5,3 % à 1,1 %) comme au plan national (8,6 % à 2,9 %). Suite au remplacement en 1990 du secteur 1 avec droit à dépassement, accessible aux généralistes, par le secteur 2, concernant uniquement les médecins anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux.

Fig20. Répartition des honoraires<sup>(1)</sup> chez les généralistes selon le type d'actes ou de rémunérations en 2007 - Pays de la Loire



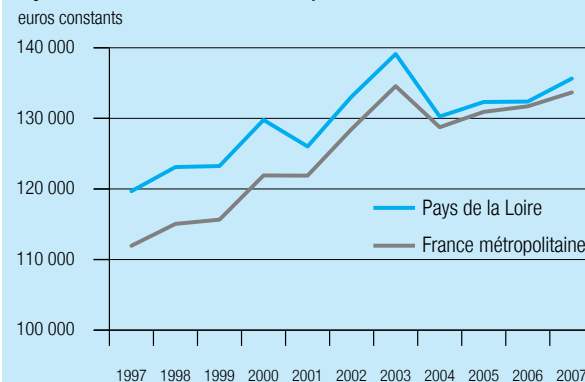
Source : Snir (CNAMTS)  
(1) Dépassements inclus

Fig21. Répartition des généralistes libéraux APE selon leurs honoraires annuels<sup>(1,2)</sup> en 2007 (en euros) Pays de la Loire et France métropolitaine



Source : Snir (CNAMTS)  
(1) Dépassements inclus  
(2) Graphique excluant les valeurs extrêmes c'est-à-dire les honoraires annuels moyens inférieurs à 15 000 € (0,7 % des généralistes ligériens (1,5 % en France métropolitaine) et supérieurs à 300 000 € (respectivement 1 % et 1,3 %))

Fig22. Evolution des honoraires<sup>(1)</sup> moyens des généralistes libéraux APE de 1997 à 2007 (euros constants<sup>(2)</sup>) Pays de la Loire et France métropolitaine



Sources : Snir (CNAMTS), Indice des prix à la consommation (Insee)  
(1) Dépassements inclus (2) Corrigés de l'inflation (base 100 = 2007)



### Encadré 5 - Principales mesures tarifaires et réglementaires ayant eu des effets sur les honoraires des médecins généralistes entre 2000 et 2007

#### 2007

- revalorisation des consultations et des visites de 1 € (22 €) (juillet)
- instauration d'une aide forfaitaire (correspondant à une majoration des honoraires de 20 %) pour les médecins généralistes adhérents à l'option conventionnelle pour l'installation et le maintien de ces professionnels en zones déficitaires. Celle-ci est proposée aux médecins généralistes en groupe justifiant d'une activité pour les deux tiers auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée (mars)
- extension aux visites de la majoration de 3 € prévue pour les consultations concernant un enfant entre 2 et 6 ans (février)

#### 2006

- revalorisation des consultations et des visites de 1 € (21 €) (octobre)
- instauration d'une majoration sur le tarif des consultations concernant un enfant entre 2 et 6 ans (MGE) (3 €) (avril)
- revalorisation de 1 € de la majoration de coordination pour les patients de plus de 16 ans (3 €) (mars)

#### 2005

- instauration d'une majoration de coordination de 2 € sur le tarif des consultations si le médecin opère dans le cadre du parcours de soins (MCG) (juillet)
- instauration d'une rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD pour les médecins traitant ayant en charge ces patients (RMT) (40 €) (juillet)
- revalorisation du forfait de rémunération des astreintes (forfait de permanence des soins) (juillet)
- instauration d'une majoration nourissons pour les consultations et les visites concernant un enfant entre 0 et 2 ans (MNO) (5 €) (avril)

#### 2003

- instauration du forfait pédiatrique pour les enfants entre 0 et 2 ans (FPE) (5 €) (septembre)
- revalorisation de 3 € de la consultation de synthèse annuelle ALD (CA) (26 €) (juillet)

#### 2002

- instauration d'un forfait de rémunération des gardes et des astreintes (mars)
- instauration d'une majoration de déplacement pour les visites médicalement justifiées; suppression des indemnités de déplacement pour les visites (IFD) et de la majoration de maintien à domicile (MMD) (octobre)
- révision des majorations des urgences : différenciation des visites selon le moment où elle est réalisée (jour, nuit, dimanche et jour férié) ; extension des majorations de dimanche et jour férié au samedi après-midi ; revalorisation du tarif de majoration de nuit (octobre)
- augmentation du tarif des visites de 3,23 € (20 €) (juillet)
- augmentation du tarif des consultations de 2,47 € (20 €) (0,97 € en février, 1,5 € en juillet)
- révision provisoire jusqu'au 30 septembre 2002 de la majoration de maintien à domicile (MMD) et de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) des visites (juillet)

#### 2001

- revalorisation du forfait pour les médecins référents qui ont conclu un contrat de suivi médical avec leurs patients de 22,86 € (45,73 €) (juillet)

#### 2000

- instauration d'une majoration dite pour maintien à domicile (MMD) sur le tarif de la visite faite au domicile des personnes âgées de plus de 75 ans en ALD (mai) [22-26]

### Encadré 6 - Les revenus libéraux des médecins en 2007

Les revenus libéraux des médecins par spécialités sont estimés chaque année au plan national par la Drees à partir des honoraires et des charges professionnelles.

Le revenu est calculé en déduisant des honoraires perçus les charges sociales et professionnelles : cotisations sociales, frais de personnel, de transport, locations de matériel, achats de fournitures, loyers professionnels ou investissements, assurances ainsi que les débours et honoraires rétrocedés aux remplaçants. Le taux de charge<sup>(2)</sup> varie de 35 % pour les anesthésistes à 59 % pour les radiologues et représente 46,7 % des charges des généralistes. Ainsi estimé, le revenu libéral net peut être comparé au salaire net du salarié, hors cotisations sociales, contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Selon ces estimations, les omnipraticiens<sup>(5)</sup> ont perçu en 2007 un revenu net moyen de 66 800 € en France au titre de leur activité libérale contre 109 400 € pour l'ensemble des spécialités. Le rapport entre le revenu moyen de la spécialité la plus rémunératrice et celui de la spécialité la moins rémunératrice est de 3,5. Les radiologues ont les plus hauts revenus (202 800 €), avec les anesthésistes (171 800). A l'inverse, les dermatologues (57 700) et les psychiatres (57 900) ont les revenus les plus faibles [22].

Des comparaisons peuvent être faites avec les praticiens hospitaliers dont le salaire net annuel démarre à 43 700 € (2008) pour atteindre 76 100 € en fin de carrière, quelle que soit la spécialité exercée. Une étude de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a montré que ce salaire était majoré en moyenne de près de 20 % dans les centres hospitaliers dans le cadre des astreintes et de la participation à la permanence des soins [27].

#### Revenu libéral moyen des médecins en 2007

	Revenus 2007 <sup>(1)</sup> (en euros courants)	Taux de charge 2006 <sup>(2)</sup> (%)	Part des dépassements dans les honoraires 2007 (%)
Radiologue	202 800	58,7	3,5
Anesthésiste	171 800	34,6	15,3
Chirurgien <sup>(3)</sup>	126 900	46,1	30,1
Ophthalmologue	124 900	49,0	24,8
Cardiologue	108 600	48,2	4,3
Stomatologue	102 700	58,1	42,7
Gastro-entérologue	94 300	50,8	10,7
ORL	82 200	52,5	19,7
Gynécologue	81 000	52,7	27,3
Pneumologue	74 400	53,0	3,7
Rhumatologue	70 400	53,7	15,6
Pédiatre	68 500	46,9	14,5
Psychiatre <sup>(4)</sup>	57 900	47,0	14,2
Dermatologue	57 700	55,9	20,8
Ensemble des spécialistes étudiés	109 400	50,5	15,5
Omnipraticien <sup>(5)</sup>	66 800	46,7	4,5
<b>Total</b>	<b>86 300</b>	<b>48,6</b>	<b>10,9</b>

Source : Etudes et Résultats, Drees, n° 686 [22]

(1) Estimations provisoires

(2) Le taux de charge est la part de l'ensemble des charges du praticien (y compris la couverture sociale) dans les honoraires nets

(3) Y compris chirurgien orthopédiste

(4) Y compris neuropsychiatre

(5) Omnipraticiens : ensemble des médecins généralistes y compris ceux qui détiennent des compétences (médecine du sport, gériatrie...) ou des modes d'exercice particulier (acupuncteurs, homéopathes...)

## Opinion des généralistes à propos de leur mode de rémunération

### Des opinions relativement partagées

58 % des généralistes se déclarent *satisfaits du mode de rémunération à l'acte de leur activité libérale* (19 % "très satisfaits", et 39 % "plutôt satisfaits") et 42 % ne pas l'être (21 % "plutôt non", 21 % "non pas du tout"). La majorité de ces derniers estiment *la nomenclature inadaptée* (81 %), le niveau de rémunération étant identique quelle que soit la durée de l'acte (à l'exception de quelques majorations), et *les actes insuffisamment rémunérés* (73 %).

### Deux médecins ligériens sur trois favorables à de nouveaux modes de rémunération...

68 % des généralistes se déclarent *favorables à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte*.

Par ailleurs, 54 % des médecins déclarent *souhaiter pouvoir disposer d'une plus grande liberté dans la fixation du tarif de leurs consultations*. La majorité de ces derniers ont cette aspiration *pour mieux tenir compte de la complexité de la prise en charge de certains patients ou de certaines pathologies* (97 %) et *pour mieux tenir compte des activités administratives liées à la prise en charge de certains patients* (88 %).

Les généralistes qui se disent *tout à fait satisfaits du mode de rémunération à l'acte actuel* sont moins souvent favorables à *des modes de rémunération de l'activité libérale différents* (22 %), et proportionnellement moins nombreux à *souhaiter pouvoir disposer d'une plus grande liberté dans la fixation du tarif de leurs consultations* (38 %).

### ... en particulier au développement des forfaits...

Le développement des forfaits (qui représentent en 2007 6 % des honoraires des généralistes, fig20 et encadré 4), et l'introduction d'une part de salariat constituent deux évolutions possibles des modes de rémunération des médecins libéraux.

Concernant les forfaits, 62 % des généralistes sont *favorables à ce qu'ils représentent une proportion plus importante de leur rémunération* (fig23).

Parmi ces derniers, 54 % *préfèrent un forfait basé sur le patient pour sa prise en charge globale*, 38 % *un forfait basé sur les pathologies*, et 8 % n'ont pas de préférence.

Fig23. Opinions des généralistes à propos de leur mode de rémunération - Pays de la Loire

Proportion <sup>(1)</sup> de généralistes déclarant...	
être favorables à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte <sup>(2)</sup>	68 %
être favorables à une proportion plus importante de forfaits dans la rémunération <sup>(3)</sup>	62 %
- médecins qui y sont spontanément favorables <sup>(3a)</sup>	54 %
- médecins qui n'y sont pas spontanément favorables mais qui disent l'être à la condition que le paiement à l'acte reste majoritaire <sup>(3b)</sup>	8 %
qu'ils accepteraient qu'une partie de leur rémunération devienne salariée <sup>(4)</sup>	47 %
- moins de 50 %	14 %
- 50 à 90 %	16 %
- 100 %	13 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

(2) Médecins "tout à fait" ou "plutôt" favorables à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte

(3) Ensemble des médecins favorables à une proportion plus importante de forfaits, définis dans les notes 3a et 3b

(3a) Médecins "tout à fait" ou "plutôt" favorables à des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte, et "tout à fait" ou "plutôt" favorables à une proportion plus importante de forfaits dans leur rémunération

(3b) Médecins "tout à fait" ou "plutôt" favorables à des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte et "pas du tout" ou "plutôt pas" favorables à une proportion plus importante de forfaits dans leur rémunération, mais ayant répondu y être favorable "si le paiement à l'acte restait nettement majoritaire"

(4) Médecins "tout à fait" ou "plutôt" favorables à des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte et acceptant "tout à fait" ou "plutôt" l'idée qu'une partie de la rémunération de leur activité libérale devienne salariée

**Fig24. Mise en oeuvre de la rémunération salariée Pays de la Loire**

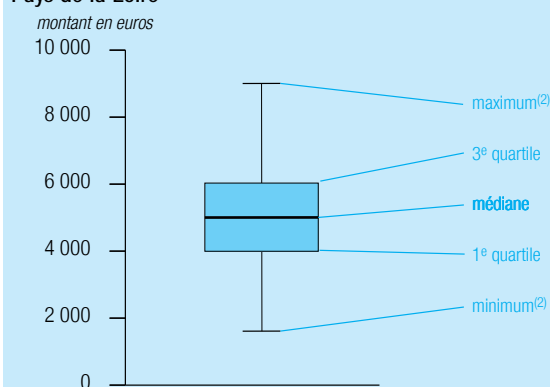
Proportion de généralistes<sup>(1)</sup> favorables à une rémunération salariée mise en oeuvre par les...

organismes publics	92 %
assurance maladie	75 %
état	66 %
collectivités locales	55 %
sociétés d'exercice libéral (SEL)	36 %
mutuelles	25 %
grandes entreprises, sociétés d'assurance	13 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Parmi les généralistes favorables à l'introduction d'une part de salariat dans leur rémunération (voir définition note 4, fig23 page 15)

**Fig25. Montant du salaire net envisagé par les généralistes<sup>(1)</sup> s'ils exerçaient dans un centre de santé selon leur activité Pays de la Loire**



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Parmi les généralistes favorables à l'introduction d'une part de salariat dans leur rémunération (voir définition note 4, fig23)

<sup>(2)</sup> Hors valeurs extrêmes

**Note de lecture**

A la question "A combien devrait s'élever votre salaire net si vous exerçiez dans un centre de santé", l'étendue des réponses se situe entre 1 600 et 10 000 €. La valeur médiane, qui s'élève à 5 000, sépare les médecins interrogés en deux groupes de taille identique (la moitié citant un montant inférieur, l'autre un montant supérieur). 50 % des médecins citent un montant qui se situe entre 4 000 (1er quartile) et 6 000 (3ème quartile).

**Fig26. Comparaisons régionales**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant ...

	Pays de la Loire	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Paca
être favorables à des modes de rémunération différents <sup>(2)</sup>	68 %	61 %	65 %	63 %	59 % *
être favorables à une proportion plus importante de forfaits <sup>(3)</sup>	62 %	53 % *	59 %	54 % *	51 % *
qu'ils accepteraient qu'une partie de leur rémunération devienne salariée <sup>(4)</sup>	47 %	41 %	43 %	42 %	37 % *

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 3 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

<sup>(2)</sup>, <sup>(3)</sup>, <sup>(4)</sup> Voir définitions notes 2, 3 et 4, fig23 page 15

**Note de lecture** : Voir fig4 page 3

**... et à l'introduction d'une part de salariat**

Concernant le salariat, 47 % des généralistes ligériens déclarent qu'ils *accepteraient qu'une partie de leur rémunération devienne salariée* (fig23). Un quart de ces derniers (soit 13 % de l'ensemble des généralistes) sont favorables à ce que cela représente la totalité de leur rémunération.

92 % des généralistes qui acceptent l'idée de l'introduction du salariat sont favorables à ce qu'il soit mis en oeuvre par un organisme public : assurance maladie (75 %), Etat (66 %) ou collectivités locales (55 %). Les autres modalités sont moins souvent accueillies positivement (fig24).

Par ailleurs, la majorité de ces médecins souhaiteraient en contrepartie *un assouplissement de leur agenda* (77 %), *un temps de travail réduit* (74 %), et *un nombre plus restreint de patients* (60 %). Ils sont moins nombreux à souhaiter *la possibilité de consacrer l'essentiel de leur pratique à la prise en charge de populations particulières ou de pathologies* (39 %). Ces proportions varient peu avec la part de leur rémunération que les médecins *accepteraient de voir devenir salariée*.

Enfin, dans l'éventualité où *ils exerceraient dans un centre de santé*, ces praticiens attendent un salaire de 5 000 € par mois (valeur médiane), le questionnaire ne précisant ni le temps de travail ni le nombre d'actes associé à ce salaire. La répartition des réponses varie relativement peu avec le nombre d'actes effectués dans l'année (fig25).

**Des généralistes ligériens plus favorables à des modes de rémunération différents**

Comparativement à leurs confrères des autres régions du panel, les généralistes des Pays de la Loire sont plus souvent *favorables à des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte* (68 % vs 62 % pour les quatre autres régions). Mais cette spécificité ligérienne est liée aux caractéristiques d'exercice et de démographie des médecins puisqu'elle disparaît après ajustement sur ces différentes variables (fig26 et 27).

Une situation analogue est retrouvée en ce qui concerne la proportion de généralistes favorables au développement des forfaits et celle relative à l'introduction d'une part de salariat dans la rémunération.

L'éventualité de *modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte* est plus souvent accueillie de façon favorable par les généralistes qui exercent en groupe, par ceux qui ont un niveau d'activité inférieur à 5 800 actes dans l'année, et ceux qui reçoivent moins de quatre visiteurs médicaux par semaine. L'idée est également plus souvent envisagée positivement par les médecins engagés auprès d'associations représentatives de médecins et par ceux qui adhèrent à un réseau de santé, mais les écarts sont moins marqués. Enfin, les généralistes hommes et, dans les Pays de la Loire, les praticiens de plus de 45 ans sont également plus favorables à cette éventualité<sup>4</sup>.

En revanche, aucune association n'est observée avec les autres caractéristiques d'exercice (importance des visites à domicile, participation aux gardes, à la régulation des urgences...) ni avec le fait d'exercer en zone rurale ou en zone urbaine (fig27).

### Les augmentations tarifaires et leur impact sur les habitudes de travail des généralistes

Lorsqu'on demande aux généralistes ce qu'ils feraient en cas d'augmentation du tarif de convention des consultations<sup>3</sup>, le plus souvent ils répondent qu'ils consacraient plus de temps à l'actualisation de leurs connaissances (formation continue, séminaire, colloque). Viennent ensuite l'idée de moderniser leur cabinet ou de recruter du personnel, et celle de réduire leur temps de travail en libéral.

Ils sont moins nombreux à envisager de s'investir dans l'organisation de la profession (réseau, permanence des soins, syndicats) ou d'augmenter leur temps de travail en libéral.

Ces différentes perspectives sont d'autant plus fréquemment citées par les généralistes que l'augmentation du tarif est importante (fig28).

<sup>3</sup> Question posée lors de la première vague d'enquête du panel en mars-avril 2007.

<sup>4</sup> Toutes caractéristiques d'exercice et de démographie des médecins égales par ailleurs.

**Fig27. Facteurs associés à l'instauration de nouveaux modes de rémunération - Pays de la Loire**

		Généralistes déclarant être favorables à de nouveaux modes de rémunération <sup>(2)</sup>	
		% (1)	OR ajusté
<b>Total</b>		<b>68 %</b>	
<b>CARACTERISTIQUES LIEES AUX MODALITES D'EXERCICE</b>			
- avoir des activités auprès d'associations représentatives de médecins	oui	73 %	réf.
	non	67 %	0,6 *
- adhérer à un réseau de santé	oui	70 %	réf.
	non	65 %	0,8 *
- nombre d'actes effectués en 2007	moins de 4 000	67 %	réf.
	de 4 000 à 5 800	77 %	1,2
	5 800 et plus	59 %	0,5 *
- exercer en cabinet de groupe	oui	74 %	réf.
	non	59 %	0,5 *
- recevoir chaque semaine un nombre de visiteurs médicaux	inférieur à 4	77 %	réf.
	supérieur ou égal à 4	62 %	0,5 *
- pratiquer des dépassements d'honoraires	parfois ou jamais	72 %	réf.
	régulièrement <sup>(3)</sup>	43 %	0,2 *
- participer aux gardes (en semaine ordinaire)		-	- ns
- participer à la régulation des urgences		-	- ns
- avoir des activités à l'hôpital		-	- ns
- avoir d'autres activités (hôpital local, centre de soins...)		-	- ns
- part des visites dans l'activité de 2007		-	- ns
<b>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES</b>			
- sexe (% standardisés selon l'âge)	hommes	68 %	réf.
	femmes	61 %	0,8 *
- âge (% standardisés selon le sexe et le nombre de visiteurs médicaux reçus chaque semaine)	moins de 45 ans	61 %	réf.
	45-52 ans	72 %	2,0 *
	53 ans et plus	67 %	1,7
- commune d'exercice (urbaine / rurale)		-	- ns

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 2 et 3 - URICAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire  
<sup>(1)</sup> Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés  
<sup>(2)</sup> Voir définition note 2, fig23 page 15  
<sup>(3)</sup> Régulièrement ou exerce en secteur 2

**Note de lecture :** Voir figé page 4

**Fig28. Modifications d'habitudes de travail envisagées par les médecins en cas d'augmentation du tarif conventionnel de consultation**

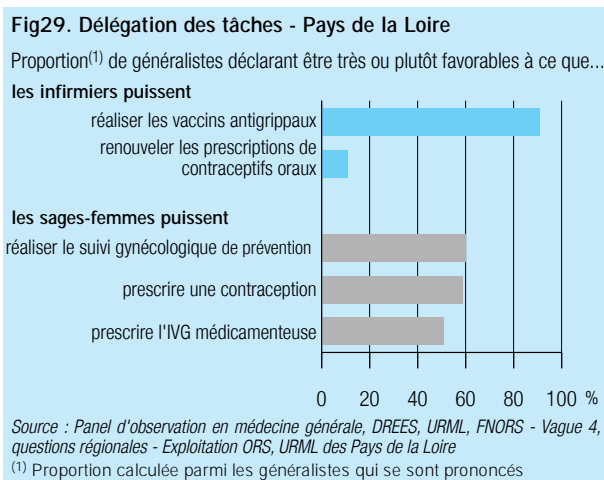
Proportion de généralistes déclarant qu'en cas d'augmentation du tarif de convention des consultations...

	Augmentation du tarif envisagée		
	5 %	10 %	20 %
il consacrerait plus de temps à l'actualisation de ses connaissances	30 %	44 %	50 %
il moderniserait son cabinet ou recruterait du personnel	22 %	30 %	48 %
il diminuerait son temps de travail en libéral	18 %	31 %	45 %
il s'investirait dans l'organisation de la profession	11 %	13 %	18 %
il augmenterait le temps de consultation passé avec chaque patient	8 %	14 %	21 %

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 1 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

## Délégation de tâches

La redéfinition de la répartition des tâches entre les différents professionnels de santé est une orientation envisagée face aux difficultés de recrutement de médecins généralistes dans certains territoires. Au cours de la dernière décennie, certains professionnels ont ainsi été autorisés à effectuer différentes tâches, qui relevaient auparavant de la seule responsabilité des médecins. Il s'agit notamment pour les infirmiers de la vaccination antigrippale, du renouvellement de prescriptions de contraceptifs oraux et de la délivrance de la contraception d'urgence en milieu scolaire, pour les sages-femmes de la prescription de contraceptifs et de la réalisation du suivi gynécologique de prévention, et pour les pharmaciens du renouvellement de prescriptions de contraceptifs oraux et de médicaments correspondant à un traitement chronique [4, 28].



### Des opinions différentes selon la nature des tâches et les professionnels concernés...

66 % des généralistes se déclarent favorables à la délégation, sous leur responsabilité, de certaines de leurs tâches à des professionnels de santé qui en ont les compétences (30 % "tout à fait" favorables et 36 % "plutôt" favorables).

Concernant les infirmiers, la proportion de généralistes très ou plutôt favorables à la délégation de tâches atteint 91 % pour la réalisation des vaccins antigrippaux, mais est seulement de 11 % pour le renouvellement des prescriptions de contraceptifs oraux. Pour les sages-femmes, 60 % des médecins sont favorables à ce qu'elles puissent réaliser le suivi gynécologique de prévention, 59 % à ce qu'elles puissent prescrire une contraception, et 51 % à ce qu'elles puissent prescrire une IVG médicamenteuse (fig29).

**Fig30. Facteurs associés à la délégation des tâches Pays de la Loire**

	Généralistes déclarant être favorables à la délégation de certaines tâches <sup>(2)</sup>	
	% <sup>(1)</sup>	OR ajusté
<b>Total</b>	<b>66 %</b>	
<b>CARACTERISTIQUES LIEES AUX MODALITES D'EXERCICE</b>		
- exercer en cabinet de groupe	oui 72 % non 56 %	réf. 0,5 *
- nombre d'actes effectués en 2007	moins de 4 000 actes 52 % de 4 000 à 5 800 actes 72 % 5 800 actes et plus 70 %	réf. 2,2 * 2,2 *
- part des visites dans l'activité de 2007	moins de 12 % 69 % plus de 12 % 55 %	réf. 0,4 *
- être favorable à des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte	oui 72 % non 53 %	réf. 0,5 *
- recevoir chaque semaine un nombre de visiteurs médicaux	inférieur à 4 70 % supérieur ou égal à 4 63 %	réf. 0,8 *
- participer aux gardes (en semaine ordinaire)	-	- ns
- avoir des activités auprès d'associations représentatives de médecins	-	- ns
- pratiquer des dépassements d'honoraires	-	- ns
- adhérer à un réseau de santé	-	- ns
- participer à la régulation des urgences	-	- ns
- avoir des activités à l'hôpital	-	- ns
- avoir d'autres activités (hép. local, centre de soins...)	-	- ns
<b>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, GEOGRAPHIQUES</b>		
- commune d'exercice	-	- ns
- sexe	-	- ns
- âge	-	- ns

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vagues 2 et 3 - URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Proportion calculée parmi les généralistes qui se sont prononcés

(2) Sous leur responsabilité, à des professionnels qui en ont les compétences

Note de lecture : Voir figé page 4

### ... et qui varient selon le contexte d'exercice des généralistes

Les généralistes installés en cabinet de groupe sont plus souvent favorables à la délégation de certaines tâches à d'autres professionnels (72 % vs 57 % pour ceux qui exercent seuls). Cette proportion est de 76 % lorsque le groupe intègre un autre professionnel de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste...).

Les médecins favorables à des modes de rémunération différents, ceux dont l'activité annuelle est supérieure à 4 000 actes, qui font moins de visites à domicile, et dans une moindre mesure, ceux qui reçoivent moins de visiteurs médicaux sont également plus enclins à cette délégation. En revanche, aucune association n'est observée avec les autres caractéristiques d'exercice, le sexe, l'âge et le lieu d'implantation du cabinet (urbain/rural) (fig30).

Sur ce sujet, l'opinion des généralistes ligériens ne se distingue pas de celle de leurs confrères des autres régions qui participent au panel.



## Encadré 7 - Eléments de méthodologie

### Construction et structure de l'échantillon

L'échantillon a été tiré au sort dans le répertoire Adeli des médecins géré par la Drees, après stratification selon le sexe, l'âge (moins de 45 ans, 45 à 52 ans, 53 ans et plus) et le type de la commune d'exercice (commune urbaine, multipolarisée, rurale<sup>(1)</sup>). Les médecins qui ont un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, SOS médecins...) ont été exclus ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de trois mois.

### Effectifs de généralistes ayant participé à la vague 3 du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	Paca	Ensemble
197	275	399	443	591	1 905

### Comparaison entre deux groupes de médecins

Lorsqu'on compare les valeurs d'un indicateur entre deux groupes de médecins généralistes (par exemple entre les médecins installés en zone rurale et ceux installés en zone urbaine), les différences observées peuvent résulter pour partie d'une répartition différente d'autres facteurs (par exemple l'activité, l'âge ...). L'utilisation d'une régression logistique permet de tester la significativité statistique d'une différence, tout en éliminant d'éventuels effets de structure concernant les modalités d'exercice ou les caractéristiques démographiques des médecins.

Une différence entre deux groupes de médecins dont les résultats de la régression logistique montre qu'elle est statistiquement signi-

ficative au niveau régional a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats, et les valeurs de l'indicateur obtenues en analyse bivariée ont été indiquées.

Une différence entre deux groupes de médecins de même ampleur peut ne pas être statistiquement significative dans l'échantillon des Pays de la Loire, mais l'être dans l'échantillon regroupant l'ensemble des cinq régions, en raison de la taille cinq fois plus importante de ce dernier. Dans ce cas, on peut considérer que la différence observée dans l'échantillon global conforte celle observée au plan régional, et cette situation a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats.

Une différence significative signifie qu'il existe une corrélation entre l'indicateur et le facteur étudié, mais ne peut être interprétée comme l'existence d'un lien de causalité.

### Comparaisons régionales

Les contextes de passation de l'enquête réalisée dans les cinq régions participant au panel garantissent la comparabilité des données entre ces niveaux géographiques. La significativité d'une différence entre la valeur d'un indicateur observée dans les Pays de la Loire et celle observée dans une autre région a été testée par la méthode du Chi2 de Pearson. Les différences statistiquement significatives au seuil de 5 % ont été mentionnées.

<sup>(1)</sup> Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'Insee, qui découpe le territoire en quatre types d'espace : les pôles urbains, les couronnes périurbaines, les communes multipolarisées - l'ensemble formant l'espace à dominante urbaine - et enfin le rural constitué des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace urbain.

## Références bibliographiques

- [1] Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel de la République Française, 25 avril 1996, pp. 6324-6336.
- [2] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française, 17 août 2004, 43 p.
- [3] Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue. Journal Officiel de la République Française, 9 août 2006, 2 p.
- [4] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009, 88 p.
- [5] La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Sous la direction de P. Gallois. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 280 p.
- [6] Site de la Haute autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- [7] Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. P.L. Bras, G. Duhamel. Igas, 2008, 57 p.
- [8] Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. F. Tuffreau, A. Le Guével. Ed. ENSP, 2007, 492 p.
- [9] Rapport d'activité 2008 de la Formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux. Organisme gestionnaire conventionnel, 2009, 66 p.
- [10] Snir3. Démographie, activité et patientèle des professions de santé du secteur libéral 2006-2007. Cnamts [Cédérom].
- [11] Site internet de l'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire : [www.urml-paysdelaloire.fr](http://www.urml-paysdelaloire.fr)
- [12] Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature. F. Saillour-Glenisson, P. Michel. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 51, n° 1, 2003, pp. 65-80.
- [13] De l'élaboration à la diffusion des recommandations de pratique clinique : quels éléments favorisent leur application ? A. Martinot, R. Cohen. Archives de Pédiatrie, vol. 15, n° 5, 2008, pp. 656-658.
- [14] Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Anaes, Afsaps, 2004, 21 p.
- [15] Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations. Anaes, 2002, 21 p.
- [16] Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations. Anaes, 2002, 13 p.
- [17] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Recommandations. HAS, 2005, 29 p.
- [18] Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations. Anaes, 2003, 14 p.
- [19] Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. Afsaps, 2005, 11 p.
- [20] Asthme. Dans La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007. ORS Pays de la Loire, 2007, pp. 84-85.
- [21] Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2 (octobre 2007). ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire, 2009, 20 p.
- [22] Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007. H. Fréchou, F. Guillaumat-Tailliet. Etudes et Résultats, Drees, n° 686, 2009, 8 p.
- [23] Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006. H. Fréchou, F. Guillaumat-Tailliet. Etudes et Résultats, Drees, n° 643, 2008, 8 p.
- [24] Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005. N. Legendre. Etudes et Résultats, Drees, n° 562, 2007, 8 p.
- [25] L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002. S. Audric. Etudes et Résultats, Drees, n° 284, 2004, 12 p.
- [26] L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000. S. Audric. Etudes et Résultats, Drees, n° 200, 2002, 12 p.
- [27] Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. L. Chambaud, M. Khenouf, C. Lannelongue. Igas, 2009, 188 p.
- [28] Décret n° 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières. Journal Officiel de la République Française, 2 septembre 2008, 1 p.

# Synthèse

## Formation médicale continue (FMC) et Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Selon les résultats de la troisième vague du panel, la FMC occupe une place importante dans l'activité des médecins généralistes des Pays de la Loire. 73 % d'entre eux appartiennent à une association de FMC ou un groupe de pairs. 16 % se disent prêts à adhérer à une association locale de médecins qui se réunirait périodiquement.

85 % des généralistes déclarent avoir assisté à des sessions de FMC au cours de l'année précédant l'enquête, 43 % une (ou plusieurs) fois par mois.

Enfin, 28 % des praticiens ont apporté leurs concours à des sessions de FMC (organisation, animation, expertise...).

Introduite plus récemment, l'EPP connaît une situation différente de celle de la FMC. 42 % des généralistes déclarent avoir déjà réalisé une telle démarche début 2008, et 21 % ne sont pas encore engagés mais comptent le faire dans l'année. La participation a fortement progressé en un an.

16 % des médecins déclarent ne pas ressentir la nécessité d'une EPP et 8 % ne pas connaître le dispositif.

Malgré les efforts déployés par les organisations professionnelles, moins de la moitié des praticiens se déclarent bien informés sur le barème des points de FMC (44 %), et sur les conditions requises pour la validation de l'EPP (41 %).

## Recommandations de bonne pratique

Les "recommandations de bonne pratique" font partie des dispositifs d'aide aux choix des prescriptions et de la prise en charge des patients les plus utilisés par les généralistes, 16 % d'entre eux déclarant y recourir "très souvent" et 50 % "souvent". La majorité des praticiens ont confiance dans ces recommandations mais reconnaissent certaines difficultés quant à leur mise en oeuvre.

## Opinions sur les modes de rémunération

Comme pour les autres professionnels de santé libéraux, la rémunération des généralistes est essentiellement basée sur le "paiement à l'acte" des consultations et visites qu'ils effectuent (5 400 en moyenne en 2007 avec des écarts assez importants entre les professionnels). Depuis 2000, l'activité des généralistes est en recul (-1,1 % par an), et cette baisse concerne le nombre de visites à domicile. Mais les honoraires ont continué de progresser en raison des revalorisations tarifaires et dans une moindre mesure de l'instauration de majorations et de rémunérations forfaitaires (suivi des patients en ALD, permanence des soins...). Dans les Pays de la Loire, 58 % des généralistes se déclarent satisfaits du mode de rémunération à l'acte de leur activité libérale actuelle. Mais, parallèlement 68 % déclarent être favorables à des modes de rémunération différents, et 47 % accepteraient qu'une partie de leur rémunération devienne salariée.

### Pour en savoir plus :

- Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Etudes et Résultats*, Drees, 2009, 8 p. [à paraître]
- Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2 (octobre 2007). ORS, URML Pays de la Loire, 2009, 20 p.
- Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 649, 2008, 8 p.
- Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). ORS, URML Pays de la Loire, 2008, 16 p.
- L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 610, 2007, 8 p.

Cette étude a été entreprise par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire et l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Pays de la Loire. Elle a bénéficié du soutien et du financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Ficqs), du Groupement régional de santé publique (GRSP) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé.

Sa mise en oeuvre a été réalisée par Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec, François Tuffreau (ORS Pays de la Loire), et par le Dr Thomas Héroult (URML Pays de la Loire).

**Merci** à Béatrice Bonnaval (Urcam), Olivier Busson (Urcam), Dr Luc Duquesnel (URML), Dr Patrick Gasser (URML), Dr Yves Lequeux (URML, chargé de mission régional HAS), François Guillaumat-Tailliet (Drees), Bernadette Lémery (ORS Bourgogne) pour leur relecture attentive de ce document.

**Et merci** à tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel.

Cette publication est disponible sur demande à l'ORS (Tél. 02 51 86 05 60) et à l'URML (Tél. 02 51 82 23 01), ou en téléchargement sur les sites [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) ou [www.urml-paysdelaloire.fr](http://www.urml-paysdelaloire.fr)

URML  
des Pays de  
la Loire

Groupement régional de santé publique  
GRSP  
pour la qualité et la coordination des soins  
PAYS DE LA LOIRE

DIRECTION  
DE LA RECHERCHE,  
DES ETUDES  
DE L'EVALUATION  
ET DES STATISTIQUES  
Drees

Liberté • Egalité • Fraternité  
REPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS