



DOSSIER

SEPTEMBRE
2023

DE PRESSE

Baisse d'attractivité de la Médecine Générale

TABLE DES MATIÈRES

01 Introduction

**03 Analyse des rangs de classement
des internes ayant choisi Médecine
Générale en 2023**

**07 Causes de la baisse d'attractivité
de la Médecine Générale en 2023**

**10 Solutions pour l'amélioration de
l'attractivité de la Médecine
Générale**

12 Bibliographie

Introduction

Les études de médecine sont divisées en trois cycles. Les deux premiers sont communs à toutes les spécialités médicales, et le deuxième, plus communément appelé "externat", se termine par un concours : les Épreuves Classantes Nationales (ECN). A l'issue de ce concours, réalisé simultanément par près de 10 000 étudiant.es cette année, ces dernier.es sont classé.es en fonction de leurs résultats et peuvent choisir une des 44 spécialités parmi 28 subdivisions géographiques.

Chaque combinaison entre spécialité et subdivision (chaque poste) est proposée en nombre limité. Cette année, 13 postes étaient proposés en Radiologie dans la subdivision de Nancy, 89 postes en Médecine Générale dans la subdivision de Clermont-Ferrand, mais aucun poste en Chirurgie Maxillo-Faciale dans la subdivision de Rouen.

La première personne classée choisit parmi tous les postes disponibles, la deuxième parmi tous les postes moins celui pris par la première, la troisième parmi tous les postes moins ceux pris par les deux premières... Finalement, les étudiant.es choisissent la meilleure combinaison entre spécialité et subdivision à leurs yeux au regard des choix qui leur restent.

Les choix aux ECN sont ainsi un marqueur de l'attractivité des spécialités. En 2023, personne ne peut contester que la spécialité "Cardiologie" et ses 199 postes hors CESP (Rang médian : 1044e/9727 ; Classement de la dernière personne à pouvoir choisir Cardiologie (hors CESP) : 3142e/9727 ; Classement du premier décile : 164e/9727 ; Classement du premier quartile : 520e/9727 ; Classement du dernier quartile : 1851e/9727) est plus attractive que la spécialité "Gériatrie" et ses 196 postes hors

CESP (Rang médian : 8327e/9727 ; Classement de la dernière personne à pouvoir choisir Gériatrie : 9727e/9727 ; Classement du premier décile : 4515e/9727 ; Classement du premier quartile : 6224e/9727 ; Classement du dernier quartile : 9438e/9727) : les néo-internes sont plus intéressé.es par la Cardiologie que par la Gériatrie.

Pour terminer, il est à noter que le nombre de postes (combinaison de Spécialité et de Subdivision) est supérieur au nombre d'internes à choisir. En 2023, 9484 postes étaient proposés à 9316 internes. Ainsi, les spécialités les moins attractives peuvent avoir un certain nombre de postes encore disponibles à l'issue des choix de l'ensemble des internes. C'est d'ailleurs le cas de la spécialité Gériatrie, avec 26 postes non pourvus sur les 196 dont nous parlions précédemment, mais ce n'est pas le cas de la spécialité Cardiologie, avec tous les postes disponibles pourvus.

En partant de ce constat, que les choix des néo-internes aux ECN traduisent l'attractivité d'une spécialité, il est possible d'étudier l'attractivité de la spécialité "Médecine Générale" au fil des années : plus le nombre de postes non pourvus est faible, plus la spécialité est choisie tôt comparativement aux autres et donc moins la spécialité est choisie tard comparativement aux autres ; et plus elle est attractive.

Les postes de CESP, ou Contrat d'Engagement de Service Public, correspondent à des postes ouverts spécifiquement, et qui ne sont pas accessibles à tous les candidat.es aux ECN. Ceux-ci ne sont accessibles qu'aux candidat.es ayant signé un contrat avec les pouvoirs publics les engageant à exercer dans un territoire sous-doté selon des

modalités prédéfinies (par exemple : pourcentage d'activité en soins primaires, conventionnement avec l'Assurance Maladie en secteur 1, etc), en échange d'une indemnité d'environ 1100€ Net par mois pendant leurs études de médecine.

Des postes sont ouverts spécifiquement aux étudiant.es ayant contracté un CESP à l'issue de chaque ECN, de façon corrélée aux contrats signés (plus un grand nombre de contrat est signé en Île-de-France, plus le nombre de postes ouverts spécifiquement aux CESP est grand dans la subdivision de Paris). Les règles d'attribution des postes restent identiques à celles permettant d'attribuer les postes "hors CESP" : la première personne classée ayant un CESP a le droit de choisir entre tous les postes ouverts de CESP, puis la seconde personne entre tous les postes ouverts de CESP moins le poste pris par la première, etc. Un interne ayant contracté un CESP pour exercer la Médecine Générale à Limoges a le droit de choisir un poste de Médecine d'Urgence en Guadeloupe si son classement le permet.

Le nombre de postes ouverts pour les personnes ayant contracté un CESP est systématiquement plus grand que le nombre de personnes ayant contracté un CESP ayant à choisir, ce qui est à l'origine d'une séparation entre la dernière personne ayant choisi une spécialité avec CESP par rapport à la dernière personne ayant choisi une spécialité sans CESP. Par exemple en 2023, lorsque l'on n'avait pas contracté de CESP, il fallait être classé au moins 3142e/9727 pour pouvoir choisir Cardiologie ; mais lorsque l'on avait contracté un CESP, il fallait être classé au moins 8110e/9727. La différence est particulièrement marquée pour nos confrères et consoeurs en Cardio-

-logie, et moins en Médecine Générale ; mais il est nécessaire de la garder en tête.

En effet, depuis la création du CESP en 2009, les postes de CESP ouverts en Médecine Générale ont toujours dépassé le nombre de personnes ayant contracté un CESP pour exercer la Médecine Générale, ce qui est à l'origine d'un léger "flou" statistique que nous essaierons de corriger.

Analyse des rangs de classement des internes ayant choisi Médecine Générale en 2023

La Médecine Générale est historiquement mal considérée par rapport aux autres spécialités. Jusqu'en 2004, les étudiant.es échouant ou ne se présentant pas au concours de l'internat devenaient des "résident.es" et non des "internes", et exerçaient ensuite en tant que médecins généralistes.

A partir de 2004, la Médecine Générale ne correspond plus aux connaissances de bases que tout médecin doit avoir, mais devient une spécialité à part entière, avec ses propres connaissances et compétences spécifiques. Votre médecin généraliste n'est pas un chirurgien ou un dermatologue en puissance, c'est un médecin qui a fait de sa spécialité la coordination du parcours de soin, la communication avec le patient et la prise en charge entière des personnes, au-delà des organes individuels (cœur, cerveau, reins...).

En 2017, avec la réforme de l'internat et l'apparition de nouveaux Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), une nouvelle organisation des spécialités voit le jour. Alors qu'en 2016, 3749 postes de Médecine Générale étaient ouverts aux néo-internes ; en 2017, 3306 postes de Médecine Générale étaient disponibles, à côté des 468 postes de Médecine d'Urgence, 200 postes de Gériatrie, 44 postes de Médecine Vasculaire, 27 postes d'Allergologie, etc ... spécialités qui n'existaient pas avant 2017.

Il est donc périlleux de comparer les choix de postes de Médecine Générale avant et après la réforme de l'internat, ce pourquoi les données recueillies n'iront pas plus loin que l'année 2017.

Le premier élément de notre analyse permet de constater que le pourcentage d'internes affecté.es en Médecine Générale par rapport au nombre total de postes ouverts en

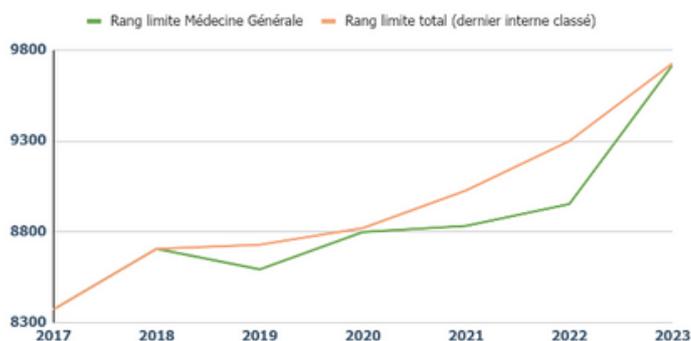
Médecine Générale a augmenté significativement entre 2017 (93% des postes de Médecine Générale hors CESP étaient pourvus) et 2019 (100% des postes de Médecine Générale hors CESP étaient pourvus). Le fait que tous les postes de Médecine Générale soient pourvus alors que le nombre de postes disponibles aux ECN est supérieur au nombre de postes pourvus aux ECN témoigne du fait que lorsque les néo-internes n'ont plus le choix qu'entre la Médecine Générale et d'autres spécialités (Psychiatrie, Médecine du travail, Médecine d'urgences, Gériatrie, Santé publique...), ils et elles préfèrent globalement choisir Médecine Générale. Tous les postes de Médecine Générale hors CESP ont été pourvus depuis 2019 et ce jusqu'en 2023.

En comprenant les postes de CESP, cet état de fait est stable, avec 97,66% des postes de Médecine Générale CESP compris pourvus en 2019 et 98,23% de postes de Médecine Générale CESP compris pourvus en 2023. En 2023, 211 postes de CESP en Médecine Générale étaient ouverts alors que seulement 203 internes pouvaient choisir un CESP en Médecine Générale, expliquant cette différence de 1,77%.

Néanmoins, derrière cette apparente stabilité, se cache l'hétérogénéité de l'accès à la spécialité "Médecine Générale" depuis 2017. Puisqu'en 2017 et 2018, tous les postes de Médecine Générale n'étaient pas pourvus, les dernières personnes classées pouvaient choisir Médecine Générale. Dès 2019, tous les postes de Médecine Générale sont pourvus alors que la dernière personne à choisir Médecine Générale (hors CESP) est classée 9593e sur 9728. Il reste donc plusieurs dizaines d'internes qui n'ont pas eu accès à la spécialité.

Cet écart, entre le rang limite pour pouvoir choisir Médecine Générale et la dernière personne classée aux ECN, s'est accru entre 2020 et 2022 ; pour atteindre jusqu'à 346 places (hors CESP) en 2022. C'était tout un symbole : les médecins généralistes n'étaient plus les médecins qui "échouaient" à l'internat, puisque beaucoup de candidat.es mal classé.es ne pouvaient plus choisir cette spécialité. Néanmoins, cet écart est retombé en 2023 : **l'écart entre la dernière personne à choisir son poste et la dernière personne à choisir la Médecine Générale est d'à peine 13 places (hors CESP).**

FIG1 - Ecart entre le dernier classé total et le dernier classé en médecine générale (Hors CESP)



Cependant, on pourrait rétorquer que la dernière place prise dans une spécialité peut relever de la fluctuation d'échantillonnage ; alors il est possible de prouver la même chose en comparant le rang du dernier quartile (la personne ayant choisi Médecine Générale au dernier quartile voit 75% des postes de Médecine Générale choisis avant elle, et 25% des postes de Médecine Générale choisis après elle). Plus le rang du dernier quartile est bas (exemple : 1851e/9727 pour la Cardiologie), plus les dernières personnes ayant choisi la spécialité sont bien classées ; et à l'inverse plus le rang du dernier quartile est haut (exemple : 9438e/9727 pour la Gériatrie), plus les dernières personnes ayant choisi la spécialité sont mal classées. Corrigé par l'inflation, c'est-à-dire l'augmentation globale du nombre de postes d'internes proposés au choix (sur laquelle nous revien-

-drons plus tard), le rang du dernier quartile choisissant Médecine Générale diminuait depuis 2020 pour remonter en 2023.

FIG2 - Evolution du rang au dernier quartile entre 2020 et 2023, corrigé de l'inflation



Néanmoins, la tendance à la fin de la promotion est beaucoup moins marquée que la tendance au début de la promotion.

En effet, en tenant compte de l'inflation des postes, en 2017, 10% des internes de Médecine Générale (premier décile) étaient mieux classés que le 3374e ; alors qu'en 2022, les 10% d'internes de Médecine Générale les mieux classés étaient en dessous du 3066e. Même constat avec le premier quartile : en 2017, 25% des internes de Médecine Générale étaient mieux classés que le 5106e ; alors qu'en 2022, 25% des internes de Médecine Générale étaient mieux classés que le 4816e.

Cette attractivité de la Médecine Générale parmi les personnes bien classées a brutalement chuté en 2023 : le premier décile est seulement situé au 3177e (niveau de 2019) quand le premier quartile est seulement situé au 5107e (niveau de 2017).



Ainsi, les personnes bien classées lors des ECN 2023 ont moins choisi la Médecine Générale que les années précédentes.

FIG3.1 - Evolution du rang au premier décile entre 2017 et 2023, corrigé de l'inflation

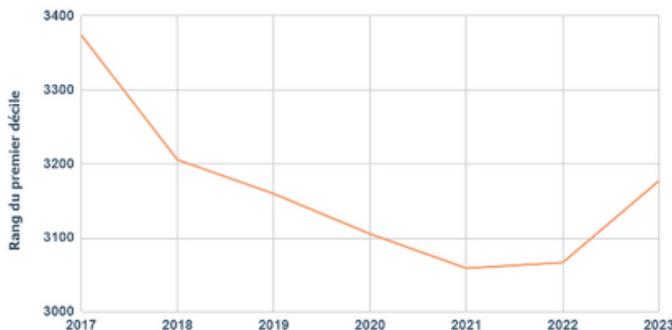
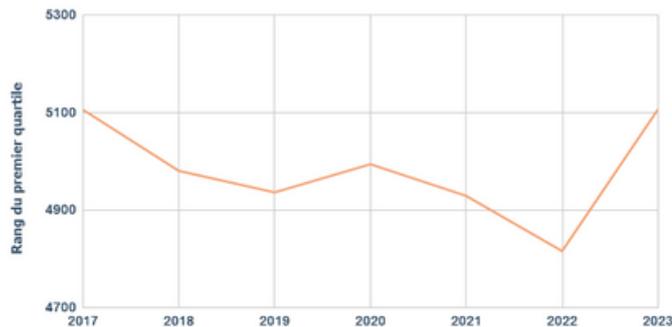


FIG3.1 - Evolution du rang au premier quartile entre 2017 et 2023, corrigé de l'inflation



Enfin, et surtout, le recul de l'attractivité de la Médecine Générale se mesure par le recul relatif du rang médian et du rang moyen de choix de cette spécialité.

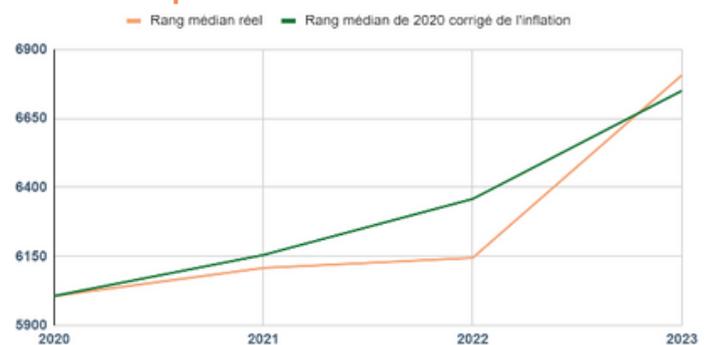
Tout d'abord, il est nécessaire de préciser que le rang médian de choix de la Médecine Générale (50% des personnes ayant choisi Médecine Générale ayant un meilleur rang, et 50% des personnes ayant choisi Médecine Générale ayant un moins bon rang) ; tout comme le rang moyen de choix de la Médecine Générale (la moyenne des rangs des personnes ayant choisi Médecine Générale) augmentent chaque année.

En effet, le nombre d'internes choisissant un poste et le nombre de postes ouverts au choix augmentant chaque année (le nombre de postes au choix toutes spécialités confondues a augmenté de 14,53% entre 2017 et 2023), et notamment en Médecine Générale depuis 2020 après deux années de baisse (le nombre de poste au

choix de Médecine Générale a augmenté de 14,73% entre 2020 et 2023) ; statistiquement tous les rangs médians, moyens, au premier décile, au premier quartile, au dernier décile augmentent. A attractivité constante, la courbe du rang médian (mais aussi la courbe du premier décile, du premier quartile, du dernier quartile ...) doit donc augmenter chaque année. Ainsi, être 6007e sur 8424 en 2020 correspond au fait d'être 6358e/8854e en 2022.

Or, on constate que le rang médian de choix de Médecine Générale a augmenté moins vite que l'augmentation attendue de part l'inflation : le rang médian en 2022 n'était pas de 6358e comme attendu selon l'inflation, il était de 6145e. Ainsi, l'augmentation du rang médian est moins rapide que l'augmentation globale du nombre de postes ouverts toute spécialité confondue ... jusqu'en 2023 où le rang médian a rattrapé l'inflation.

FIG4 - Comparaison entre l'augmentation réelle du rang médian par rapport à l'augmentation liée à l'inflation depuis 2020



Autrement dit, relativement à l'inflation, les rangs médians et moyens de choix de la Médecine Générale ont diminué entre 2017 et 2022, et d'autant plus fortement entre 2020 et 2022 ; ce qui témoigne de l'augmentation de l'attractivité de la spécialité sur ces périodes. Malheureusement, cette amélioration s'est inversée en 2023, avec un recul drastique des rangs médians et moyens à des niveaux comparables à ceux de 2017/2018.

En effet, le rang médian de choix de la Médecine Générale est de 6807e/9727 en

2023, alors qu'en tenant compte de l'inflation il était de 6523 en 2022, de 6698 en 2021, 6750 en 2020, 6642 en 2019 et 2018 et 6840 en 2017.

 **De façon globale, les candidat.es aux ECN 2023 ont moins choisi la Médecine Générale que les années précédentes.**

FIG5 - Evolution du rang médian de choix de la Médecine Générale corrigé par l'inflation de 2023



FIG6 - Evolution du rang moyen de choix de la Médecine Générale corrigé par l'inflation de 2023



En combinant le recul du choix de la Médecine Générale par les personnes les moins bien classées (écart entre le rang limite pour choisir la Médecine Générale et le rang limite total et dernier quartile : FIG1 & 2), le recul du choix des personnes les mieux classées (premier décile et premier quartile; FIG3.1 & 3.2) et le recul global de l'ensemble des candidat.es aux ECN (médiane et moyenne ; FIG 5 & 6) ; il est possible d'affirmer que l'attractivité de la Médecine Générale a diminué en 2023 par rapport à 2022, 2021 et 2020. Lorsque l'on prend les années 2019 et 2018, les indicateurs peuvent aller dans des sens divergents ; mais

lorsque l'on considère la période 2017-2022 ; tous les indicateurs convergent vers une amélioration de l'attractivité de la Médecine Générale, alors qu'elle diminue entre 2022 et 2023.

 **Au final, la spécialité Médecine Générale a perdu en attractivité au décours des choix de la promotion 2023.**

Données Brutes :

[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2017](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2018](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2019](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2020](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2021](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2022](#)
[Postes ouverts \(hors CESP & CESP\) des ECN 2023](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2017](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2018](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2019](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2020](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2021](#)
[Arrêté d'affectation des ECN 2022](#)
[Résultats de la procédure de choix ECN 2023](#)

Compilation des années, analyse & graphiques

Causes de la baisse d'attractivité de la Médecine Générale en 2023

L'année 2022/2023 a connu une forte médiatisation de la Médecine Générale au moment du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS 2023), des Négociations Conventionnelles et des propositions de lois relatives à la santé.

Les néo-internes de la promotion 2023 ont essuyé coup sur coup plusieurs menaces relatives à l'internat de Médecine Générale, à leur installation en tant que potentiel jeune médecin généraliste et à leur potentiel futur exercice.

Une quatrième année d'internat inutile et imprécise

Le 23 septembre 2022, le Journal du Dimanche¹ révélait que le gouvernement avait décidé d'intégrer au PLFSS l'allongement d'un an de l'internat de Médecine Générale, après plusieurs années de report successif de la mesure.

En effet, l'ajout d'une quatrième année à la Médecine Générale était implicitement prévue par la réforme du troisième cycle des études de médecine de 2017², qui prévoyait que toutes les spécialités devaient adopter un fonctionnement homogène en trois phases : phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation. A partir du moment où les trois ans du DES de Médecine Générale étaient considérés comme insuffisants pour organiser trois phases distinctes, l'ajout d'une quatrième année était implicite.

L'uniformisation du DES de Médecine Générale avec les autres spécialités fut d'ailleurs le principal argument en faveur de cette quatrième année³, alors qu'aucune règle de la science médicale n'énonce que

les différentes spécialités ont besoin d'un nombre d'années identique pour leur formation. Aucune institution défendant la quatrième année n'a encore présenté d'étude prouvant sa nécessité pédagogique, et son contenu en termes d'enseignements est encore inconnu alors que les néo-internes ont choisi, ou non, cette spécialité.

Du reste, c'est le flou qui a régné et qui règne toujours sur le contenu de la quatrième année. L'organisation des stages pendant l'internat était tellement incertaine qu'elle n'a été publiée que dans la nuit du 9 au 10 août⁴, moins de trois semaines avant le début des choix de postes de 2023 (débutés le 29 août). D'ailleurs, le contenu précis des stages de quatrième année est encore inconnu, l'arrêté ne précisant pas les critères qui seront nécessaires pour qu'un stage accueille des internes. La crainte des internes étant d'être lâchés dans des structures dysfonctionnelles, où il serait question d'exercer la Médecine Générale sans possibilité d'accéder à des examens complémentaires, à des professionnels paramédicaux ou à des spécialistes du second recours.

Les promesses⁵ de l'ancien Ministre de la Santé et de la Prévention, M. François BRAUN, à propos de la rémunération des internes, de leur encadrement et de la liberté de choix de stage n'ont jamais été traduites à l'écrit dans un document officiel ; et le nouveau ministre, M. Aurélien ROUSSEAU, a pris soin de ne jamais aborder le sujet depuis sa nomination le 20 juillet dernier. Ce brouillard entourant le DES de Médecine Générale n'a pu être que néfaste à l'attractivité de la discipline.

Par ailleurs, la Médecine Générale était entre autre choisie par les néo-internes pour sa brièveté. Le statut d'interne est particulièrem-

-ent pénible : les responsabilités sont immenses, les internes dépassent le maximum légal européen de 48 heures hebdomadaires pour plus de 70% d'entre eux⁶, en échange d'un salaire de base d'environ 1700€ Net⁷, et s'exposent à des risques psycho-sociaux extrêmes⁸. La rapidité du DES de Médecine Générale était donc un argument d'attractivité de la filière, notamment pour toutes celles et ceux qui ont débuté des études de médecine après avoir déjà eu un autre parcours professionnel.

Des menaces constantes sur la liberté d'installation

Au 1er décembre 2022, on comptait pas moins de 17 propositions de loi (PPL) coercitives différentes déposées à l'Assemblée Nationale ou au Sénat⁹, émanant de tous les bords politiques, du groupe gouvernemental aux groupes d'opposition.

La coercition pouvait y prendre bien des formes : interdiction pure et simple d'installation dans les zones n'étant pas considérées comme sous-denses par l'Agence Régionale de Santé, impossibilité de signer la Convention avec l'Assurance-Maladie lors d'une installation dans ces zones ou encore obligation d'exercer pendant plusieurs années dans une zone sous-dense avant de pouvoir s'installer sur le lieu de son projet professionnel.

Finalement, ce fut la proposition de loi du député Frédéric VALLETOUX qui fut le véhicule législatif des mesures coercitives portées par le groupe transpartisan du député Guillaume GAROT¹⁰. En plus des trois exemples cités plus haut, cette PPL instaurait également l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et la limitation de la durée de remplacement à 4 ans.

Les amendements furent rejetés par l'Assemblée Nationale, par 168 voix contre 127 ; mais le message lancé aux étudiant.es intéressé.es par le choix de la Médecine Générale reste alarmant. Se projeter dans un exercice incertain aux contraintes majorées ne présente que peu d'attrait pour les jeunes générations. Encore actuellement, les propositions de loi coercitives pleuvent sans discontinuer sur le Parlement, et il suffirait d'un errement politique pour que l'une d'entre elles passe entre les mailles du filet, déstabilisant d'autant plus le système de santé et décourageant les étudiant.es à se tourner vers la Médecine Générale.

Ces propositions de loi font pourtant l'impasse sur une réalité objectivée par l'Assurance Maladie en 2022¹¹ : les médecins généralistes sont déjà les professionnel.les de santé les mieux réparti.es sur le territoire; même en comparant avec des professions qui subissent déjà une limitation de la liberté d'installation, comme les infirmier.es ou les kinésithérapeutes.

De fait, la principale raison pour laquelle la population manque de médecins généralistes, est la diminution du nombre de médecins formé.es chaque année entre 1977 et 1998 ; passant de 8500 étudiant.es entrant dans les études médicales en 1977 à 3500 en 1998. Ce nombre a ensuite progressivement augmenté, mais n'a dépassé le niveau de 1977 qu'en 2019 (en 2018, le numerus clausus était de 8 205 places, et en 2019, il était de 9314 places). En somme, on formait plus de médecins en 1977 qu'en 2018.¹² Parallèlement, la population des médecins en exercice vieillit, et ceux ayant débuté leur formation dans les années 1970 sont à présent septuagénaires, et prennent leur retraite ; sans pouvoir être remplacé.es à cause du creux dans la formation présenté plus haut. Jouer avec l'attractivité de la Médecine Générale, c'est prendre le risque qu'une partie des postes de la spécialité ne soient pas pourvus ; alors que l'augmentation du nombre de médecins généralistes formé.es

est nécessaire pour prendre la relève des médecins généralistes prenant leur retraite.

Des incertitudes quant à la pratique de la Médecine Générale

Bien que cela ne soit pas intuitif, la Médecine Générale est une discipline jeune à l'échelle des sciences médicales. Comme expliqué plus haut, avant 2004 et la filiarisation de la Médecine Générale, c'est-à-dire son officialisation comme spécialité à part entière, les médecins généralistes pouvaient être considérés comme des médecins de seconde zone, n'étant pas assez doués pour se spécialiser.

La démarche ontologique et épistémologique de la discipline précède sa filiarisation, mais reste relativement récente à l'échelle de l'histoire des sciences médicales ; et les contours de la spécialité restent imprécis. En somme, tout le monde n'est pas d'accord sur ce qu'est la Médecine Générale et sur les manières de l'exercer. Ces différences d'appréhension de la discipline se retrouvent à tous les niveaux, de la pratique quotidienne des professionnel.les qui peut grandement varier entre deux médecins généralistes, jusqu'au législateur qui souhaite définir le rôle de chaque professionnel.le dans le système de soin.

De façon caricaturale, un amendement adopté par l'Assemblée Nationale à la loi dite "RIST" demandait la rédaction d'un rapport sur l'utilité ou l'inutilité du rôle de médecin traitant dans l'orientation des patient.es vers les autres spécialités médicales.¹³

Par contre, les débats sur l'accès direct aux professionnel.les de santé autour de la Loi RIST ont réellement provoqué la remise en question de l'engagement des médecins généralistes dans leur exercice. En effet, la coordination des soins est à présent au cœur du travail du médecin généraliste, qui a besoin des analyses des autres profession-

-el.les de santé pour pouvoir prendre en charge les patient.es dans leur globalité. C'est aussi le cas de la prévention et du suivi, qui se réalisent lors des consultations pour réévaluation des prescriptions ou lors de certaines consultations non programmées.

Aux yeux des externes qui pourraient choisir la Médecine Générale, il existe une fébrilité sur les missions qui relèvent de la spécialité et qui pourraient être attribuées aux autres professionnels du jour au lendemain par une loi mal réfléchie. Le risque est alors de ne pas pouvoir exercer comme on le souhaitait lorsque l'on a choisi sa spécialité.

Enfin, l'échec des Négociations Conventionnelles en février 2023 est également un mauvais message adressé aux futur.es médecins généralistes.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) est entrée dans les négociations avec les syndicats de médecins libéraux sur la hauteur du remboursement de l'acte médical et des rémunérations forfaitaires alors que son budget était déjà trop restreint pour une revalorisation satisfaisante.¹⁴

Faute de pouvoir mieux rémunérer tous les médecins, la proposition mise sur la table par la CNAM était donc de rémunérer de façon différente les médecins en fonction de leur "engagement" dans le système de soin. Pour les médecins généralistes, le Contrat d'Engagement Territorial (CET) prévoyait que leurs actes pourraient être revalorisés à condition de travailler encore plus pour augmenter l'offre médicale et participer à l'organisation territoriale des soins.¹⁵ Plus que le contenu du CET, c'est le fait de conditionner la revalorisation des médecins généralistes, déjà très investi.es dans l'accès aux soins, compensant à peine l'inflation.

De plus, le règlement arbitral qui a suivi l'échec des Négociations Conventionnelles a réintroduit une inéquité entre les actes médicaux exercés par les médecins généralistes et ceux exercés par les médecins des autres spécialités.¹⁶

Solutions pour l'amélioration de l'attractivité de la Médecine Générale

La première mesure à prendre en urgence pour rétablir l'attractivité de la Médecine Générale à son niveau de 2022 est **la suspension de la quatrième année du DES**, pour la promotion 2023 et toutes les suivantes, tant que la preuve de sa pertinence n'aura pas été faite et tant que ses modalités précises n'auront pas été exposées aux étudiant.es avant sa mise en place.

La situation actuelle ne permet pas aux néo-internes d'envisager sereinement leur choix de spécialité, d'autant plus quand le risque d'une insuffisance de terrains de stage en cabinet médical met en péril la possibilité d'accomplir les stages nécessaires à la validation du DES.

Dans ce qui était finalement une lettre ouverte,¹⁷ le 3 septembre 2023, la coordinatrice et le coordonnateur (comprendre les responsables pédagogiques de l'organisation de l'internat) du DES de Médecine Générale en Centre Val-de-Loire et d'Île-de-France se plaignent d'une augmentation de 17,35% du nombre de postes en Médecine Générale dans la subdivision de Tours et de 10,58% dans la subdivision de Paris.

La lettre est écrite sur un ton alarmiste, et menace même d'allonger encore plus la durée de formation des internes le temps de trouver suffisamment de stages pour les accueillir. Or, la quatrième année prévoit deux stages semestriels en cabinet médical en plus des deux existants, soit une augmentation de 100% du nombre de postes nécessaires, bien au-delà des augmentations de 17,35% et 10,58% qui posent déjà de "gros problèmes" selon les départements de Médecine Générale.

En définitive, même les enseignant.es qui ré-

-clament cette quatrième année avouent que les moyens pour qu'elle soit mise en œuvre ne sont pas disponibles. Il est donc de la responsabilité du gouvernement de suspendre cette quatrième année qui est inapplicable dans les conditions actuelles.

Le second axe d'amélioration de l'attractivité repose sur la mise en place de réelles solutions pour l'accès aux soins.

Tout d'abord, parce qu'**améliorer l'accessibilité des soins améliore directement la qualité de travail des médecins** : les médecins généralistes vivent avec un sentiment de responsabilité vis-à-vis de leurs patient.es, avec la nécessité d'en recevoir toujours plus pour pallier à la diminution du nombre de médecins généralistes et avec la difficulté dans les prises en charge qui les accompagne.

Ensuite, parce que de nombreuses mesures améliorant l'accès aux soins¹⁸ améliorent en même temps les conditions de travail des médecins généralistes. Il s'agirait notamment de baisser les demandes de consultation pour **la rédaction de certificats superflus voire abusifs**, comme les certificats attestant qu'un enfant est malade pour lui autoriser l'absence scolaire ou le remboursement des frais de cantine.

Une autre mesure serait de permettre aux patient.es d'**auto-déclarer les arrêts de travail de courte durée**, d'autant plus lorsqu'ils ne s'accompagnent pas d'indemnités journalières versées par l'Assurance-Maladie. Lorsqu'une personne consulte uniquement pour obtenir une attestation, c'est une personne qui aurait pu consulter pour une demande de soins qui ne sera pas examinée.

La création des **guichets uniques**¹⁹ est prévue par la LFSS 2023 à la demande des organisations représentatives des externes (c'est-à-dire les étudiant.es en médecine jusqu'à la 6e année), des internes de Médecine Générale et des jeunes généralistes ; mais leur mise en application concrète se fait encore attendre. Il s'agirait pourtant de coordonner les besoins territoriaux en médecins généralistes et les projets professionnels des internes ; grâce à l'expertise des élu.es des collectivités.

Enfin, il faut continuer à augmenter le nombre d'internes de Médecine Générale formé.es, et pour cela il faut continuer à **augmenter les capacités de formation** : maîtres de stage des universités (MSU) qui accueillent les internes en stage, directeurs et directrices de thèses, enseignant.es de la filière universitaire de Médecine Générale. La débâcle de l'augmentation des postes de Médecine Générale dans les subdivisions de Paris et de Tours prouve qu'il est nécessaire d'augmenter les capacités de formation en Médecine Générale.

Le troisième axe d'amélioration de l'attractivité est de cesser de vouloir arbitrer l'exercice de la Médecine Générale sans intégrer à la réflexion les premiers et premières concerné.es.

Il appartient au gouvernement et aux parlementaires d'assurer aux jeunes et futur.es médecins généralistes que **la coercition n'est pas une solution aux difficultés d'accès aux soins**. Il s'agit aussi d'être économes et réfléchi.es dans les propositions de loi relatives à la santé en gardant à l'esprit qu'il est toujours préférable d'avoir une loi Santé mûrie et réfléchie plutôt qu'une multitude de lois Santé avec un faible impact. Enfin, il est nécessaire que les Négociations Conventionnelles reprennent au plus vite, avec une réelle marge de manœuvre laissée à la disposition des syndicats représentatifs pour une **revalorisation de la profession**.

Bibliographie

1. <https://www.lejdd.fr/Societe/exclusif-le-gouvernement-va-envoyer-de-jeunes-medecins-generalistes-dans-des-deserts-medicaux-4136256>
2. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758>
3. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ajout-d-une-quatrieme-annee-au-diplome-d-etudes-specialisees-de-medecine-generale-87223>
4. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>
5. <https://www.20minutes.fr/societe/4041009-20230613-etudes-medecine-quoi-va-ressembler-4e-annee-internat-medecine-generale>
6. <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes-en-medecine-ministere-de-la-sante-opinionway/>
7. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046029572>
8. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
9. https://drive.google.com/drive/folders/1VxKbkExnPVnDH-i9Z_G_OKEYXdDjPITt
10. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/amendements?dossier_legislatif=DLR5L16N47721&examen=EXANR5L16PO420120B1175P0D1
11. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-07-13-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2023>
12. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
13. Article 4 duodecimes de https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116t0065_texte-adopte-seance
14. <https://www.senat.fr/rap/a21-122/a21-1224.html>
15. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/document-engagement-territorial_assurance-maladie.pdf¹⁸
16. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/convention-medicale-le-reglement-arbitral-ete-remis-au-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention>
17. <https://docs.google.com/document/d/1Q6guGnNmpWdLQV-oDbxUZut9wz05N6Gw/edit>
18. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Contre-la-fin-de-la-liberte-dinstallation-jeunes-et-futurs-medecins-proposent-des-solutions.pdf>
19. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Contribution-guichet-unique-ISNAR-IMGxReAGJIR.pdf>

CONTACTS



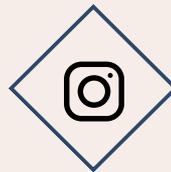
06 73 07 53 01



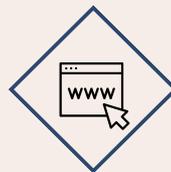
contact@isnar-img.com



ISNAR IMG



isnarimg



www.isnar-img.com

