

Année 2024

2024 TOU3 1132

2024 TOU3 1133

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Charles LOUVEL et Thibault PERROTIN

Le 23 Octobre 2024

REPRÉSENTATIONS, ATTENTES, ET IMPACTS DE LA CONVENTION MÉDICALE CHEZ LES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Directeurs de thèse : Dr Margaux GAILLARD et Dr Yohann VERGES

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Madame le Docteur Margaux GAILLARD

Assesseur

Monsieur le Docteur Yohann VERGES

Assesseur

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Généraliste
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURIA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Curot Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUJAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse, merci pour votre investissement dans la formation des internes de la spécialité de médecine générale à Toulouse.

À nos directeurs de thèse,

Nous vous remercions tous les deux pour avoir accepté de diriger notre travail de thèse. Merci pour la confiance et la motivation que vous nous avez apportées.

À Madame le Docteur Margaux Gaillard, merci pour tes conseils et ta rigueur méthodologique. Ton aide nous aura été précieuse dans l'élaboration de la méthodologie et la correction du manuscrit. Et ton entrain nous a motivé à travailler efficacement.

À Monsieur le Docteur Yohann Verges, merci pour toutes les précisions que tu auras apportées sur le contenu de notre travail. Merci pour ta disponibilité ainsi que ta participation à l'animation de notre focus groupe, qui s'est déroulé dans de très bonnes conditions grâce à toi.

À Madame le Docteur Laetitia Gimenez, merci pour votre aide, à travers l'atelier méthodologique, dans la conception de notre guide d'entretien.

À tous les médecins ayant participé aux entretiens, merci pour vos investissements respectifs et pour le temps que vous nous avez accordé.

Remerciements de Charles :

À ma maman, **Christine**, sans qui je ne serais pas de ce monde. Merci pour l'amour et la confiance que tu as su me prodiguer depuis ma naissance. Merci d'avoir toujours su m'entourer de ton affection protectrice. Aujourd'hui, j'ai grandi. Et j'espère te rendre fière.

À mon père. Merci de m'avoir appris la résilience. Où que tu sois, j'espère t'avoir rendu fier.

À **Cyrille**, mon frère. Merci d'être ce petit frère qui m'inspire. Notre complicité représente tellement pour moi.

À **Délia**, ma fiancée. Merci de rendre ma vie aussi merveilleuse. Tu dois t'attendre à de plus amples déclarations d'amour... Mais tu attendras bien jusqu'au mariage ?

À **Thelma**, ma fille que j'aime. Merci d'être si adorable au quotidien. Il me tarde de te voir t'épanouir, telle la magnifique pousse que tu es.

À **Irène, Michel** et toute la famille **Bonis**. Merci d'avoir su former une si belle famille, et de m'y avoir si bien accueilli.

À **Pépé**, merci pour ta motivation et pour ta confiance. Je t'avais dit ne voir personne d'autre que toi avec qui rédiger une thèse, je ne pensais pas tomber aussi juste. Ton intelligence n'a d'égale que ton flegme, faisant de toi un excellent co-thésard et un précieux ami.

À **Mattia** et **Thibaut**, mes amis et témoins. Vous rencontrer a été une évidence, merci de partager aussi intensément ce bout de chemin avec moi.

Aux inclassables, **Fitch** et **Tristan**. Autant vous mettre ici vu que vous ne rentrez dans aucune case. Merci d'être aussi spontanés, inspirants, loyaux et bons avec moi.

À mes vieux clébards du **chenil**. Merci d'être une meute aussi soudée que attendrissante. Ces années d'étude en votre compagnie ont parfois été rudes, mais toujours aussi marrantes. Et cela grâce à vous tou(te)s.

À mes **chtarbais** et apparentés. Merci d'être devenus des amis. Si la valeur n'attend point le nombre des années, vous êtes les personnes les plus précieuses que j'ai pu rencontrer depuis longtemps.

À toutes **celles et ceux qui ne se reconnaissent pas dans ces lignes**, mais qui sont présents pour moi. Merci de m'apporter votre force. La bienveillance de votre présence et la sincérité de votre amitié sont si chères à mon cœur.

Et enfin, à toutes **celles et ceux qui auraient aimé être explicitement nommés ici**, et ne le sont pas. Veuillez m'en excuser. Sachez que ce n'est pas par manque d'estime mais seulement par pudeur que j'ai décidé de réduire cette section à la portion congrue.

Merci tout de même de l'intérêt que vous porterez à ces lignes :

« L'amitié peut se passer longtemps de preuves » - Jules Renard, Journal, 15 octobre 1908.

A Monsieur **Didier Dauphin**, professeur au Lycée Victor Louis. Merci de m'avoir redonné le goût d'apprendre. Si comme le disait Hippocrate, « c'est la nature qui guérit les malades », je crois que la philosophie, elle, peut guérir les âmes.

Remerciements de Thibault :

Merci aux médecins urgentistes de Tarbes, au **Dr Lannes**, au **Dr Seitz et Montastier**, au **Pr Freyens**, au **CDPEF de St-Cyprien**, au **Dr Parra**, aux **Pr et Dr Oustric** (un jour le Brennus sera à La Rochelle, je ne manquerai pas de le faire savoir !), au **Pr Rouge-Bugat**, au **Dr Lemahieu**, et au **Dr Peyre-Muller, Agathe, Romance et Marie**. Merci de m'avoir fait découvrir vos pratiques de la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie, les soins palliatifs, la médecine du sport, et la médecine d'urgences et me permettre de construire ma propre vision de la médecine générale.

10 ans d'études pour devenir docteur ce n'est pas anodin, bien accompagné c'est une chance. Je remercie toutes les personnes à mes côtés depuis le lycéen qui a choisi la PACES, au jeune docteur que je deviens.

Grand-mère, j'ai une pensée particulière pour toi, à qui il y a 10 ans je t'écrivais sur un papier toutes les étapes de ma première année de médecine. Tu n'étais pas sûr de me voir devenir docteur un jour, tu m'auras connu jeune médecin, 96 c'est d'jà bien.

Grand-père, merci pour ton soutien unique en ton genre, pendant mes 6 années à Poitiers, pour tous ces déjeuners ensemble débriefing dans ta cuisine. Je pense aussi très fort à grand-mère Madeleine, qui serait fière et aurait tant aimé assister à ce moment, merci pour votre soutien.

Merci **Papa et Maman**, on discute souvent de médecine (moins scolaire, à table souvent certes), grâce à vous j'ai découvert une vision de la médecine d'urgence et de la médecine générale pour bien faire. Je suis conforté dans ma volonté de devenir un bon médecin. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée pendant mes études, je suis arrivé dans la voix qui me plaît, c'est grâce à vous, je vous aime.

Olivier, Vincent, il y a 14 ans vous quittiez la maison tous les deux, Moby est arrivée en échange pour m'accompagner encore un peu. J'ai suivi vos parcours n'ayant pas encore commencé le mien, pour le coup on nous dit qu'on se ressemble mais professionnellement c'est à revoir ! Vous m'avez montré une belle motivation à suivre. Le temps passe et les projets fleurissent. Tout permet de continuer de nous réunir, de profiter de plus en plus des instants familiaux, je souhaite préserver ça longtemps, qui plus est quand il faut endosser le rôle de tonton désormais !

Antoine, Gwendal, Mathieu, Antoine, Valentin, Nicolas, Tom, depuis Marsilly, The crew, Bonsoir à tous, c'est à vos côtés qu'on traverse, des bancs de l'école au lycée, on en a fait des conneries, et puis le temps nous sépare mais que des bons moments passés avec vous, et je resterais toujours heureux de vous revoir. Pensée particulière à Mathieu et Gwendal pour tous nos déplacements à Deflandre, Bordeaux, Toulouse, Marseille, ou encore Dublin, promu en TOP 14 à double champion d'Europe, les études sont longues mais passionnantes.

A toutes ces rencontres de promo : **NONEUR !!!** Toujours autant zinzin, merci pour ces moments de rigolade que j'ai à tes côtés, bises Timéo. **Rits** yessai bro, je n'aurais jamais rêvé meilleure rencontre sur Poitiers, un vrai frerot ! Félicitations Dr Lacoste d'ailleurs !! **Faug, Quenti** mes deux épicuriens préférés, merci pour ceux que vous êtes, et que de futurs Pont Suchaud surviennent ! **Clément**, ton abnégation m'aura toujours impressionné, elle s'ajoute à beaucoup de compliments qui te définissent comme un super copain, la distance étant, les événements de la vie n'arrêterons pas de nous retrouver

! **Saroché**, les Dr Perrotin n'auront finalement pas fait pencher la balance vers la médecine médecine générale, peu importe, ça sera toujours un plaisir de vous retrouver avec le **Tex** non loin de la plus belle ville du monde ! **Antho, Mouf, Golinv', Pierre, Lap's, Cola, Célia, Dame D, Mige, Greg, Rita, Alex, Marcoche, Loulou, Rob's & Pomme** pour compléter cette magnifique équipe qui à bien déconné à Poitiers ! Que des bons souvenirs qui vont rester. Des hauts des bas, beaucoup de déconnade autour d'une eau bénite chez Alphonse ou chez Bruno, rue de la cathédrale, on s'en remettra à nos bonnes mémoires. Dédicace particulière à **Mojito**, tu seras toujours la VIP du 7 SAUVAGE pour l'amour, le soutien et les belles soirées qu'on aura faite ensemble, **Carlos, Manu, Mathis, Get, Jojo, Lazeir**, je vous adore aussi ! La porte de la maison vous sera toujours ouverte.

Charly, de la PACES à Toulouse on s'est bien tiré la bourre pour en arriver ici, un bout de chemin formidable. J'ai construit ce travail de thèse dans une période délicate, on fait face à beaucoup de situations difficiles dans la vie. Indépendamment de ma volonté j'ai fait des choix protecteurs, je n'ai souhaité que ton bien, et je continuerai ! Je ne pouvais pas rêver meilleur cadeau que ta présence ici.

À toute l'équipe Tarbaise, comment mieux démarrer un internat ? Je n'ai toujours pas trouvé mieux. Ce confinement qui à fait de nous pendant 6 mois une équipe formidable. Cerise sur le gâteau quand on rencontre tous les proches des Ch'Tarbaïs. Merci à **Mathieu Jojo, Guilhem, Léonie, Guillaume, PH, Basile, Perrine, Coralie, Mika, Julie, Cyrielle, Mélina, Claire, Marie, Lisa, Lucas, Enzo, Fabien**.

Au Cercle du Feu, à ces moments indescriptibles.

Charles : C'est un peu le mentor, qui t'impressionne au début, et finalement te ressemble sur quelques points. On ne pouvait pas mieux se trouver au meilleur des endroits. Les choses font que nous allons devenir docteur en même temps. Je pense que l'on s'est bien trouvé et je suis heureux de t'avoir à mes côtés aujourd'hui. J'apprécie avoir réalisé ce travail de thèse avec toi. Je te félicite, et je souhaite continuer de partager des moments avec toi. **Délia**, tu formes avec Charles un magnifique couple de parents, je vous souhaite beaucoup de bonheur, et tout autant à **Thelma**.

Sophie : Bonnard, petite coinche ceus ? Tu régales comme beaucoup de copains ici à Toulouse. Je trouve que les gens nés un 29 septembre sont de belles personnes. Tu as le sens des bonnes choses, dispo pour tes amis, ne change pas, à part éventuellement tes chaussures de soirées.

Marie et Val : On comprend assez rapidement avec qui l'on s'entend très bien. Marie on s'est suivi (presque) tout l'internat et je suis heureux de t'avoir eu à mes côtés, on s'est plutôt bien débrouillé ! Tu es une amie adorable, avec plein de bons copains, et sincère. Et à trois une colocation rue Tolosane quand tu trouves le plus cool des anesth qui en plus fanfaronne comme un dieu, sait geeker et faire la fête, Val tu me régales. Introduction à Toulouse excellente, merci à tous les deux.

Andy, Oriane : Je dirais que c'est un ordre logique pour moi de vous remercier ensemble ! Oriane tu es une amie toujours souriante, amusante juste (et de bon conseils), de fait c'est toujours un plaisir de partager des moments avec toi ! Andy, quelle rigueur tu as, que ce soit avec ta tenue SAMU, ta casquette Infrarose, ou avec une Chouffe à la main, le boss de la déconnade.

Thibaut et Lola : Tous les deux, vous ne pouviez pas mieux tomber ensemble, alors oui on a pris le train en route, mais merci Lola d'avoir choisi Tarbes et nous avoir présenté Thibaut, vous êtes un couple d'amis formidable, qui compte beaucoup pour moi.

Sultan, seni seviyorum aşkım. Senin için Türkçe yazıyorum çünkü herkes Fransızca okuyor. Sana olan sevgim her geçen gün daha da artıyor. Birlikte olursak bize hiçbir şey olmaz. Hayatıma seninle devam etmek istiyorum. Sen başıma gelen en iyi şeysin. Yarın seni daha da çok seveceğim.
En français : ma partner in crime que j'adore, la plus forte des chirurgiennes, la plus belle des femmes, la plus douce des copines, je t'aime.

Serment d'Hippocrate :

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leur famille dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.

Table des matières :

LISTE DES ANNEXES	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
I. INTRODUCTION	19
A. Historique de la convention médicale	19
B. Contexte du système de soins	20
C. Négociations conventionnelles et échec des négociations	21
D. Objectifs de notre étude	23
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	24
A. Méthode de recherche	24
B. Rôle des chercheurs	24
C. Population cible et recrutement.....	24
D. Réalisation des entretiens	24
E. Élaboration du guide d’entretien	25
F. Analyse des données	25
G. Éthique	25
III. RÉSULTATS	27
A. Population étudiée	27
B. État de la pratique médicale	27
1. Situation actuelle	27
2. Problématique de l’accès aux soins	29
3. Évolution attendue	31
C. Application de la convention médicale.....	32
1. Impact sur la pratique.....	32
2. Principales contraintes ressenties.....	34
3. Formation et développement continu.....	35
4. Sources d’information.....	36
D. Financement lié à la convention médicale.....	36
1. Finances publiques et engagement contractuel.....	36
2. Type de rémunération.....	38
3. Perception du modèle forfaitaire en France	40
E. Place du médecin généraliste dans le système de santé	41
1. Relations avec les pouvoirs publics.....	41
2. Collaboration pluriprofessionnelle	43
3. Particularité de la collaboration avec l’IPA.....	43
F. Pistes d’améliorations	45
1. Cotations problématiques.....	45
2. Reste à charge.....	45
3. Remise en question du statut médecin traitant.....	45
4. Optimisation de la convention, simplification ou personnalisation	46
5. Abus et fraudes.....	46

IV.	DISCUSSION	47
	A. Synthèse de l'étude	47
	B. Forces de l'étude.....	48
	1. Originalité de l'étude	48
	2. Pertinence de la population cible.....	48
	3. Actualité du sujet	48
	4. Rigueur méthodologique.....	48
	C. Limites de l'étude.....	48
	1. Première étude des chercheurs étudié.....	48
	2. Manque de représentativité	48
	D. Discussion autour des résultats	49
	E. Perspectives	49
V.	CONCLUSION	52
VI.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
VII.	ANNEXES	59

LISTE DES ANNEXES ET TABLEAUX

Annexe 1 : Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021	59
Annexe 2 : Notice d'information et formulaire de consentement écrit à l'intention des médecins participants	60
Annexe 3 : Guide d'entretien première version et corrections apportées	61
Annexe 4 : Guide d'entretien dernière version :	62
Annexe 5 : Extrait de l'analyse thématique	63
Annexe 6 : Talon socio démographique des sujets :	64
Annexe 7 : Extrait d'un entretien retranscrit : S2, page 1/14	65
Annexe 8 : Avis d'enregistrement CNIL.....	66
Annexe 9 : Grille COREQ :	68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM : Assistant médical
AT / MP : Accident de travail / Maladie Professionnelle
ALD : Affection Longue Durée
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
CCAM : classification commune des actes médicaux
CET : Contrat d'engagement territorial
CMU : Couverture Médicale Universelle
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research checklist
COSCOM Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins
COTRAM : Contrat de Transmission de l'activité
CPAM : Caisse primaire de l'assurance maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DCI : Dénomination Commune Internationale
DE : Dépassement Exceptionnel
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DGFIP : Direction générale des Finances publiques
DMP : Dossier Médical Partagé
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG : ElectroCardioGramme
ETP : Education Thérapeutique
FMC : Formation Médicale Continue
FMT : Forfait Médecin Traitant
IDE : Infirmière Diplômée d'État
Insee : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
MG : Médecin Généraliste
MSA Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MT Médecin Traitant
NGAP : nomenclature général des actes professionnels
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
RMT : Rémunération Médecin Traitant
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SBT : Sensory Baby Test

UFML : Union Française pour une Médecine Libre

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. INTRODUCTION

A. Historique de la convention médicale

La convention médicale est un ensemble de textes de loi, qui régit les liens entre les médecins libéraux (spécialités de médecine générale et autres spécialités médicales) et les organismes de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses de l'Assurance maladie). En France, ce cadre conventionnel est défini par le code de la sécurité sociale dans son article L.162-51 (1). Ces accords permettent entre autres de fixer des tarifs de référence qui servent de base aux remboursements des frais de santé, en contrepartie d'engagement de la part des professionnels impliqués (application des recommandations de bonnes pratiques, organisation du système de santé, Permanence Des Soins Ambulatoires, PDSA...).

D'après la synthèse de la convention médicale 2016-2021 (2), 99 % des médecins libéraux sont conventionnés, soit 114 963 médecins libéraux : 85 317 médecins libéraux de secteur 1 et 29 646 médecins libéraux de secteur 2. Historiquement, depuis le 19 octobre 1945 et l'apparition du régime des assurances sociales, ce système évolue de manière continue. La loi dispose du contenu des conventions qui régissent les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses. Ces conventions nationales sont établies entre les caisses nationales (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, Mutualité Sociale Agricole ...) et les syndicats représentatifs des professions concernées. Elles doivent être renouvelées tous les 5 ans et comprennent des avenants annuels.

Nous avons retracé quelques grandes mesures mises en place au travers des conventions successives depuis les années 1980 (3)(4) :

- En 1980, instauration des secteurs conventionnels 1 et 2. (5)
- En 1985, un lien est établi entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes dans la NGAP (nomenclature général des actes professionnels) (6).
- En 1990, apparition pour la première fois d'une notion de consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée, exonérées du ticket modérateur.
- En 1993, la dite « loi Teulade » (7) est appliquée par le biais d'une nouvelle convention pour mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, à travers la fixation d'objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux. Application de références médicales nationales opposables à chaque médecin. Apparition d'un système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies. Et pour la première fois, apparition de la notion de « dossier médical ».
- En 1997 apparaît pour la première fois la notion de médecin référent (8), ainsi que l'adoption de deux conventions distinctes, généraliste et spécialiste (9).
- À partir de 1998, il s'agit de valoriser la transmission électronique des documents nécessaires au remboursement de la prise en charge du patient (10).
- En 2002, le tarif de la visite à domicile et de la consultation au cabinet est revalorisé en contrepartie d'un engagement à la réduction de ces visites et à la prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale) (11).

- En 2005 : instauration d'une rémunération spécifique (RMT) pour les patients suivis avec une ALD (Affection Longue Durée) (12), mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) (13) et dispense d'avance des frais pour les assurés bénéficiant d'une complémentaire santé (14).
- En 2007, la volonté d'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national apparaît, avec la création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires (15).
- Au 1er janvier 2011, via un règlement arbitral (16), augmentation du tarif de la consultation des médecins généralistes portée à 23 euros et introduction de la rémunération à la performance conditionnée par des indicateurs (future ROSP).
- 2019, déploiement des assistants médicaux (17).

Nous avons retracé et résumé les nouveaux items introduits dans la précédente convention médicale, datant de 2016. Cette convention avait été construite autour de 4 grands axes concernant la spécialité de médecine générale (2) :

- Valorisation de l'activité : augmentation du tarif de consultation à 25€, apparition d'une majoration de la prise en charge pédiatrique jusqu'à 6 ans, coordination du parcours de soins, apparition de consultations complexes obésité, prévention contraception, examens obligatoires pédiatriques. Valorisation de la revalorisation forfaitaire avec un nouveau forfait unique indexé sur la patientèle du médecin traitant. Confortement du dispositif de ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique).
- Amélioration de l'accès aux soins, dans la lutte contre les déserts médicaux avec divers proposition de contrats à l'installation : CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins), COSCOM (Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins), COTRAM (Contrat de Transmission de l'activité)... Maîtrise des dépassements (médecine libérale spécialisée), avec l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée). Développement de la PDSA.
- Renforcement de la qualité des soins, en renforçant les axes de prévention (cancer, vaccinale, pathologies chroniques, contraception, dépistage des infections, accompagnement au retour d'hospitalisation...), valorisation du dossier médical partagé DMP (Dossier Médical Partagé). Forfait structure motivant à la modernisation du cabinet médical avec logiciels adaptés, télétransmissions, messagerie sécurisée...
- Modernisation des relations entre les médecins et l'assurance maladie avec la facilitation de réalisation des factures électroniques, utilisation des téléservices (ALD, AT/MP (Arrêt de Travail et Maladie Professionnelle), déclaration médecin traitant, déclaration de grossesse...)

B. Contexte du système de soins depuis 2016

Depuis la signature de la dernière convention en 2016, la spécialité de médecine générale fait face à un contexte qui impose un renouvellement des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux. La santé est devenue, ces dernières années, la première préoccupation

des Français, de plus en plus nombreux à être inquiets face aux difficultés d'accès aux soins. Une enquête publiée par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) le 6 décembre 2022 plaçait ainsi la santé en tête des priorités des Français à 83 % contre 61 % en moyenne entre 2017 et 2019 (18). Au premier plan de cette préoccupation, figure le besoin de trouver un médecin à une distance raisonnable du domicile, quel que soit l'endroit où l'on habite et dans un délai raisonnable.

L'accessibilité aux médecins généralistes se dégrade, notamment entre 2016 et 2021. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit ainsi à 3,4 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,5 en 2019 et 3,7 en 2016 (19). En 2022, encore 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53 % en 2019 (20). Près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugent aujourd'hui insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice.

La diminution de la démographie médicale depuis 2016 est un autre facteur rendant difficile l'accès aux soins. 214 200 médecins sont recensés au 1er Janvier 2021 (94 538 médecins généralistes) contre environ 216 000 en 2016 (99 280 médecins généralistes) (21). En annexe 1, la répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021.

Cette dégradation résulte à la fois de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne (18), mais également de la croissance de la population (22). Le numerus clausus, introduit en 1971, est une des causes qui a fortement impacté la démographie médicale actuelle (23). De fait, les générations de médecins à numerus clausus élevé, admis en études de médecine entre 1971 et 1978, expliquent, quarante-cinq ans plus tard, les effectifs importants de praticiens en fin de carrière (24).

C. Négociations conventionnelles et échec

La fin de la convention 2016-2021 entraîne l'apparition de nouvelles négociations entre la l'UNCAM et les syndicats de médecins généralistes et spécialistes, en pleine crise sanitaire liée au COVID. C'est donc dans un contexte de difficultés socio-économiques et démographiques que la nouvelle convention de 2022 devait répondre à un double enjeu : continuer à limiter les dépenses de la sécurité sociale avec un ONDAM à 2.9% (25) tout en améliorant l'offre de santé et l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire (26).

Néanmoins, l'absence de consensus ¹ entre les caisses d'assurance maladie et les 6 syndicats de médecins libéraux (MG France, Avenir Spé-Le Bloc, Fédération des Médecins de France, Syndicat des Médecins Libéraux, Union Française pour une Médecine Libre et la Confédération des Syndicats Médicaux Français) a abouti à un premier échec des négociations le 28 février 2023, et l'intervention d'un arbitre pour élaborer un règlement arbitral en l'attente de nouvelles négociations (26).

Du point de vue des syndicats, les raisons de cet échec des négociations s'expliquent par plusieurs facteurs (27) :

- Le CET (Contrat d'Engagement Territorial) et la loi Rist 2023 (28) sur l'accès direct sont perçus comme trop contraignants.
- Le manque de reconnaissance de la profession.

¹NB : Pour que la convention soit ratifiée, il faut qu'au moins un syndicat représentant au moins 30% des suffrages lors de la dernière élection donne son accord (seuls MG France et Avenir Spé-Le Bloc atteignent ce ratio)

- Le niveau de rémunération est considéré comme trop bas, tandis qu'une disparité des revenus des spécialistes en médecine générale en comparaison avec les autres spécialistes est observée.
- La rémunération des médecins généralistes par rapport au salaire moyen par pays (soit 3ème place européenne). (29)
- Hausse de l'inflation et donc revenus réels en baisse de 2,1% en 2020 selon l'Insee, la CNAM, la DGFIP (Direction Générale des Finances publiques) et la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) (30)

Suite à l'échec des négociations conventionnelles, un règlement arbitral, pour une durée maximale de deux ans, est mis en place en attendant le renouvellement des négociations et la signature d'une nouvelle convention médicale (26). Selon le ministère de la Santé et sa lettre de cadrage au directeur général de l'UNCAM, quatre priorités sont déclinées (31) :

- La lutte contre les inégalités d'accès à la santé sous toutes leurs formes (territoriales, sociales et financières).
- L'intégration de la prévention dans l'activité des médecins et de l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins.
- La libération du temps médical en vue d'augmenter la patientèle des médecins.
- Le déploiement du numérique en santé.

En l'absence d'accord entre l'UNCAM et les syndicats de médecine libérale, un règlement arbitral a été promulgué le 28 avril 2023. Nous avons résumé les nouveaux items présents dans ce règlement (32) :

- Revalorisation de la consultation à 26,50 euros (hausse de 6%), à l'automne 2023.
- Programme pour élargir le recours aux assistants médicaux. Mise en place le 1er mai 2023.
- Cotation IMT (Initiation Médecin Traitant). Valorisation de la première consultation pour un médecin acceptant de devenir le MT d'un patient en ALD (60 euros contre 25 euros).
- Cotation SNP. Faciliter la prise en charge des soins non programmés avec la majoration de 15 euros des consultations réalisées sur demande de la régulation médicale dans les 48 heures.
- Revalorisation du FMT de 4€ par patient, pour les patients de plus de 80 ans ou en ALD.
- Dispositif SCOR. Simplification de la transmission des feuilles de soins à l'Assurance Maladie en cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins sécurisées (33).
- Prise en compte des années de docteur junior pour l'accès au secteur 2 : la phase 3 validée du 3ème cycle des études de médecine est comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.
- Modification du forfait structure pour l'exercice 2023 : l'exercice coordonné ne sera plus dans le volet socle et certaines cibles associées au deuxième volet du forfait structure seront revues à la baisse pour tenir compte d'une montée en charge plus progressive de certains outils :
 - protocole de soins électronique pour les patients en ALD,
 - prescription électronique de transports,
 - déclaration simplifiée de grossesse en ligne
 - ordonnances numériques sur les produits de santé

D. Objectifs de notre étude

Notre étude a été conçue pendant les négociations conventionnelles, et les entretiens réalisés après le règlement arbitral du 28 avril 2023.

En plein contexte de négociations, nous nous sommes interrogés sur les représentations, attentes et impacts de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les connaissances et les attentes des négociations de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes.

L'objectif secondaire était d'éclairer l'impact de la convention médicale sur l'installation.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES :

A. Méthode de recherche

Nous avons choisi pour notre méthode de recherche la méthode qualitative. L'objectif de cette méthode est d'analyser des données verbales, de les interpréter, d'étudier le vécu et le ressenti. Il existe plusieurs techniques de recueil dans la méthode qualitative. Nous avons choisi celle des entretiens individuels, semi-dirigés basés sur un guide d'entretien, que nous avons complété avec un focus groupe.

Nous avons choisi une analyse qualitative thématique.

B. Rôle des chercheurs

Les entretiens et les analyses ont été réalisés par Charles LOUVEL et Thibault PERROTIN, médecins spécialisés en Médecine Générale. C'est leur premier travail de recherche. Le chercheur ayant recruté un sujet était chargé de la réalisation de l'entretien et de sa retranscription, son analyse était réalisée par les deux chercheurs. Un focus groupe a été réalisé en présence des deux chercheurs, et mené par l'un de nos directeurs de thèse : Yohann VERGES.

C. Population cible et recrutement

Notre population d'étude était composée de jeunes médecins généralistes installés ou remplaçants depuis moins de 5 ans, selon la définition de la WONCA (34). La zone géographique s'étend entre la Haute-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques.

Le recrutement s'est effectué de proche en proche par effet boule de neige. Nous avons pris en compte les différents paramètres : de lieu d'exercice, statut syndiqué, type d'activité, durée d'exercice, et statut familial. L'inclusion des participants est restée évolutive sur le type d'activité des participants afin de pouvoir recueillir des témoignages variés. Les participants ont été inclus indépendamment de leur niveau de connaissance ou d'implication à propos du sujet abordé.

Les participants étaient contactés par téléphone ou par message pour convenir d'un entretien. Les participants étaient préalablement avertis du thème de l'entretien de la manière suivante : "Enjeux de la médecine libérale".

D. Réalisation des entretiens

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel. Le premier entretien test s'est déroulé en présence des deux chercheurs, au domicile de l'un d'entre eux, puis dans un lieu calme choisi par le participant pour tous les autres entretiens individuels. Le focus groupe a été réalisé dans un lieu neutre pour tous les participants et le directeur de thèse Yohann VERGES. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones. En complément de ce recueil sonore, des notes d'observations (comportement non verbal) ont été prises et retranscrites. Ces entretiens ont été menés grâce à des techniques d'écoute active afin de relancer le discours sans orienter les réponses. Aucun entretien n'a été répété.

E. Élaboration du guide d'entretien

Nous nous sommes appuyés sur un guide d'entretien semi-dirigé. Notre guide d'entretien a été fondé suite à une réflexion commune basée sur notre question de recherche, afin de connaître les connaissances, attentes et conséquences de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes. Nous avons participé à un atelier méthodologique pour la réalisation du guide d'entretien avec le Dr Laetitia GIMENEZ (annexe 3 : premier guide d'entretien et corrections). Le guide d'entretien a été soumis à la validation de nos directeurs de thèse. Il aborde trois thèmes : les connaissances, l'expérience personnelle et les attentes de la convention médicale. Il a été testé lors d'un entretien test, et a été évolutif au fur et à mesure des entretiens réalisés (annexe 4 : guide d'entretien final). Des questions de relance, si le participant manquait d'éléments de réponses, à savoir sur la collaboration avec les IPA, la participation à la PDSA, et la signature de la convention, ont été rajoutées, sans modifier significativement le guide. Un bref résumé de la convention médicale était préparé, à expliquer au participant en cas de hors sujet; il n'a pas été utilisé. L'entretien se terminait quand le participant n'émettait plus d'idées concernant le sujet abordé.

F. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits en totalité par le chercheur ayant réalisé l'entretien. Nous nous sommes imprégnés de ces entretiens en réalisant une analyse verticale. Ces données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de type thématique. Cette analyse thématique était d'abord réalisée séparément par chaque chercheur avant d'être mise en commun. Elle débutait par la codification des données grâce un codage de l'entretien en unités de sens (verbatim) centrées sur le travail de recherche. Nous avons recueilli 2375 données. Ces codes obtenus ont ensuite été regroupés dans un tableur (Google Sheets) en catégories conceptuelles en fonction de l'idée qu'ils illustrent (annexe 5). Cette étape n'a pu se faire qu'après analyse de plusieurs entretiens. La mise en relation de ces catégories a permis l'émergence de thèmes secondaires puis principaux. Tout au long de l'analyse, une triangulation des données a été réalisée entre les deux chercheurs ainsi qu'un va-et-vient permanent entre les entretiens et l'analyse. Cette double lecture et double analyse permettant d'augmenter la validité des résultats. En cas de difficulté pour trouver un consensus, l'avis des directeurs de thèse était demandé. Les participants n'ont pas apporté de commentaires, de retour ou de corrections sur les résultats.

G. Éthique

Cette étude a été qualifiée « hors loi Jardé » puisqu'elle s'apparente à une évaluation des pratiques, tel que mentionné dans le II-2° de l'article R1121-1 du Code de la Santé Publique. Aussi, pour ce travail de recherche, les participants étaient libres de répondre ou non à l'étude. Leur consentement était préjugé acquis par non opposition s'ils décidaient de participer volontairement en remplissant le formulaire de consentement (annexe 2). Au regard de la thématique abordée et de l'absence de critère de vulnérabilité de la population étudiée, il n'y a pas eu nécessité de la soumettre à un comité d'éthique. Notre étude ne comportait pas la collecte de données personnelles directement ou indirectement identifiables au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). En effet conformément au principe de minimisation, aucune mention géographique ni nom, prénom, adresse mail ou téléphone n'ont été demandées. L'enregistrement d'une déclaration d'engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004) a été jugée nécessaire et cette étude a été considérée comme menée conformément au règlement général à la protection des données.

Par précaution, les données déclaratives brutes n'ont été accessibles qu'aux deux investigateurs de l'étude et seront conservées pendant une durée de 1 an à compter de la soutenance de thèse sur un support externe chiffré ; une fois le travail clôturé les données déclaratives ont été supprimées de l'outil de saisie. Notre travail a été inscrit dans le tableau d'enregistrement recherche et thèse, déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 21/07/2023 sous les numéros 2023LC100 et 2023PT101 (annexe 8).

III. RÉSULTATS

A. Population étudiée

Au total, 16 médecins, installés et remplaçants ont été recrutés entre le mois d'octobre 2023 et juillet 2024 (annexe 6). Ils étaient âgés de 28 à 34 ans, l'âge moyen était de 30,8 ans. Nous avons interrogé 10 femmes, et 6 hommes. Sur la globalité des médecins interrogés, 12 ont un statut de médecin installé, 4 ont un statut de remplaçant. Dans les deux cas, l'installation ou le statut de remplaçant datait de moins de 5 ans. Les médecins recrutés présentaient différents types d'activité : collaborateur, médecin libéral installé, médecin salarié, médecin hospitalier, ou remplaçant. Les types d'exercices allaient de la médecine urbaine, semi-rurale à rurale. Les lieux d'exercice étaient variés, entre périphérie paloise et toulousaine.

Nous avons réalisé onze entretiens semi-dirigés individuels avec des médecins installés et un focus groupe. Les entretiens allaient d'une durée de 25min à 1h20. L'arrêt du recueil des données était prévu une fois la suffisance des données théoriques atteinte, c'est-à-dire que les derniers entretiens dont le focus groupe n'apportaient pas d'éléments nouveaux en rapport avec notre question de recherche. Après ces onze entretiens, nous avons atteint la suffisance des données. N'ayant pas encore analysé de médecins remplaçants, nous avons convenu qu'un focus groupe compléterait le recueil de données devant l'hypothèse d'un manque de connaissance de la convention médicale par les jeunes médecins remplaçants. Ce douzième entretien a confirmé la suffisance des données.

Aucun participant n'a souhaité se rétracter à l'issue de la réalisation de l'entretien.

B. État de la pratique médicale

1. Situation actuelle

a) Méconnaissance de la convention

La connaissance de la convention et de ses enjeux par les médecins interrogés était limitée. Lors de l'entretien, certaines connaissances étaient citées comme la sectorisation, le renouvellement quinquennal ou les nouvelles mesures de la convention 2024. Mais la méconnaissance globale de la convention était prédominante.

S2 "Je ne me suis pas plus, euh plus renseigné euh dessus"

Il était parfois évoqué un manque d'intérêt pour le sujet. Certains médecins déclaraient ne s'y intéresser qu'en tant que déterminant de leur rémunération. Si d'autres concédaient un manque d'expérience lié à leur récente installation ou leur statut de remplaçant, le moment de la signature de la convention était décrit comme sommaire et s'imposant au médecin installé.

S6 "et tu signes et puis c'est tout c'est hyper rapide tu n'expliques pas grand chose et voilà"

Le caractère prédominant de la pratique conventionnée en France était aussi cité comme une des raisons limitant la réflexion du praticien sur le sujet. Celui-ci se déclarait parfois déconnecté de l'élaboration de la politique de soin, et donc de la convention qui en découlait.

E6 "c'est tellement long et c'est tellement Euh...que ...que j'ai un peu lâché l'affaire..."

b) Des conditions de travail difficiles

Les médecins interrogés décrivaient des conditions de travail qu'ils jugeaient de plus en plus difficiles. En cause, une augmentation de la charge de travail était évoquée en premier lieu, aboutissant à des situations d'épuisement professionnel. Ceci constituait une dégradation de la qualité de prise en charge des patients par la diminution de la durée de consultation.

S8 "l'augmentation de de consultation de la demande, on va dire, et du stress de plein d'autres facteurs qui rentrent en compte."

Il était alors rappelé l'impact délétère sur la relation de soin, entraînant même parfois des situations de violence sur le lieu de travail. Le moral des praticiens dont la plupart exprimait un pessimisme quant à l'évolution de leurs conditions d'exercice était jugé en baisse.

E5 "Il y a de moins en moins de respect, de plus en plus d'agression aussi envers certaines personnes"

Dans un second temps, la sensation d'un manque de reconnaissance, notamment en provenance des pouvoirs publics, se traduisait dans l'expression d'un sentiment d'abandon voire de dévalorisation de la profession.

S4 "Et j'ai l'impression que juste on cherche à nous enfoncer tout le temps et à nous dévaloriser alors que ça devrait être l'inverse quoi"

c) Temps administratif et hors consultation

Concernant cette augmentation de la charge de travail, il apparaissait que celle-ci était d'autant plus mal accueillie qu'elle correspondait à une augmentation de la charge administrative du médecin. Le temps de travail dévolu à la réalisation de tâches administratives était incriminé. Notamment, la rédaction de certificats médicaux jugés superflus ou la production de documents justificatifs à destination de la sécurité sociale, dont ceux nécessaires à l'obtention des forfaits, étaient citées.

E7 : "Et il faut faire de plus en plus de choses administratives qui nous prennent du temps"

Cette surcharge administrative était perçue comme excessive et impactait négativement l'activité du médecin en réduisant son temps médical.

De plus, ce temps hors consultation était décrit comme un élément limitant dans la pratique quotidienne. En effet, le temps consacré à la recherche de rendez-vous pour les patients, la

coordination du réseau de soins, ou aux explications téléphoniques avec les patients étaient cités comme particulièrement chronophage.

E5 “je prends une demi-heure à quarante-cinq minutes entre midi et deux et peut-être une demi heure le soir. Donc au total sur ma journée de travail il y a une heure quarante-cinq...”

Si certaines de ces tâches incombent nécessairement au médecin généraliste et à l'augmentation de son rôle de coordination, l'absence de rémunération spécifique liée à ce temps administratif et hors consultation était régulièrement soulevée comme responsable de l'exaspération des médecins.

E9 : “Je ne comprends pas du tout ce mode de fonctionnement en France, où ça paraît aberrant de faire facturer un travail puisqu'il n'est pas fait en consultation.”

Enfin, il était évoqué que cette problématique liée au temps administratif et hors consultation non rémunéré était moins prépondérante chez les médecins remplaçants et constituait donc un frein à l'installation.

FG1 “des médecins remplaçants qui ne voient pas d'intérêt en fait à s'installer”

d) Type d'exercice

Le type d'exercice était régulièrement abordé à travers la question de l'avenir professionnel. L'intérêt principal évoqué de l'exercice libéral était la liberté d'exercice, ainsi qu'une rentabilité financière perçue comme supérieure à l'exercice salarial.

E10 “on est obligé un petit peu de mettre toutes les choses qu'on a qu'on a de possible pour augmenter la rentabilité ou pour en tout cas que l'entreprise soit soit rentable sur le long terme”

Cependant, cette différence était perçue comme s'atténuant, amenant les médecins à considérer l'exercice salarial ou une activité mixte si les conditions du travail libéral continuaient à se dégrader. De plus, certains participants disaient percevoir une volonté politique en faveur de la salarisation des médecins.

E4 “je pense que je vais mixer, euh mon activité, Je vais essayer d'avoir une activité salariée à côté”

Par ailleurs, la pratique libérale était généralement perçue comme pourvoyeuse de plus de contraintes malgré l'aliénation de la liberté d'organisation du temps de travail propre à tout exercice salarial.

E8 “mais franchement au ratio : Embêtement / salaire... il n'y a pas photo !”

2. Problématique de l'accès aux soins

a) Augmentation de la demande de soin

L'accès aux soins était mentionné lors des entretiens. Les difficultés suscitées par l'augmentation de la demande de soins sur les conditions d'exercice du médecin généraliste étaient

constatées. D'autant plus que l'offre de soin était perçue comme difficile à maintenir du fait d'une évolution défavorable de la démographie médicale, et d'une différence générationnelle quant au nombre de consultations quotidiennes réalisées.

E2 "encore une fois il y a une demande qui est beaucoup plus importante que l'offre."

Outre l'augmentation de la charge de travail subie par le médecin libéral, c'est tout le système de santé et notamment l'état critique du système hospitalier qui était mis en avant par les participants.

Si certains participants se déclaraient démunis concernant cette problématique et les difficultés d'accès aux soins engendrées, d'autres désignaient la responsabilité des pouvoirs publics sur la question de l'évolution défavorable de la démographie médicale.

E3 "on part d'un postulat qui il y a moins de médecins"

b) Surconsommation de soins

Dans ce contexte de déséquilibre entre l'offre et la demande de soin, la notion de surconsommation de soins était évoquée par les participants. En effet, un certain nombre de consultations étaient perçues comme superflues et contribuant à la surcharge du système de santé.

FG 2 "La santé, ça coûte, et peut être que les gens, consulteraient moins ... ou en tout cas, il y aurait une prise de conscience collective"

L'utilisation du tiers payant intégral était incriminée comme facteur favorisant une consommation de soin jugée excessive à cause du risque de déresponsabilisation du patient à laquelle elle était associée.

FG 2 "Et je dirais... moins de remboursement ... de tiers payants de truc comme ça pour éduquer un peu les patients"

c) Education de la patientèle et enjeux de la régulation

Cette surconsommation de soins était décrite comme évitable et le rôle du médecin traitant était mis en avant pour lutter contre ce phénomène. Son devoir éducatif auprès de sa patientèle était rappelé afin de responsabiliser le patient.

E5 "Donc je pense qu'il y a vraiment une éducation des patients en en point numéro un à faire, mais c'est compliqué"

Par conséquent, les enjeux d'une régulation bien effectuée par les services de secrétariat ainsi que par les régulateurs des numéros d'urgence étaient décrits comme un autre levier pour lutter contre cette surconsommation de soins.

E5 "je pense qu'il y a une importance que ce soit régulé. Il y a une importance effectivement de faire une éducation à la population"

3. Évolution attendue.

a) Complexité des prises en charge

La notion de complexification des prises en charge était régulièrement évoquée pour décrire l'évolution de la pratique médicale. En effet, les médecins interrogés déclaraient qu'ils étaient de plus en plus confrontés à des situations complexes au cours de leurs consultations, ce qui nécessitait un temps de prise en charge plus long. Or, ces derniers constataient dans le même temps leur difficulté à libérer davantage de temps médical afin de prendre correctement en charge ces situations.

E3 "il y a de plus en plus de patients qui sont en ALD ou de patients complexes"

De plus, la pénibilité ressentie par le médecin suite à la prise en charge de ces cas complexes rendait ces consultations plus difficiles à supporter.

Par ailleurs, la polyvalence de l'activité de médecine générale était évoquée. En effet, les médecins déclaraient réaliser davantage de consultations ou d'actes spécialisés, soit par volonté personnelle soit par nécessité d'accès aux soins.

Finalement, c'est la question de la rémunération qui était au centre de la réflexion. Si certains déclaraient être satisfaits du tarif d'une consultation simple, l'idée de permettre aux médecins de dédier un temps plus long à la prise en charge des consultations complexes en la valorisant correctement était présente.

E6 "Si tu sais que ton patient est hyper complexe, que tu peux coter une cotation, que tu peux passer plus de temps avec, c'est vraiment pour faire de la médecine de meilleure qualité"

Concrètement, certaines cotations valorisant la complexité ou la durée d'une consultation spécifique étaient décrites comme adaptées et justifiées, à l'instar de la cotation VL, MSH ou IMT. Cependant, leurs étroites conditions d'application constituaient une limitation de leur utilisation qui empêchait la valorisation financière des prises en charge complexes.

E10 "Mais je rejoins un petit peu les propositions qui ont été faites. C'est à dire d'avoir un nombre de consultations prévues dans l'année pour des patients complexes"

b) Attractivité et installation

Afin de répondre à la demande de soins et à la nécessité d'amélioration de l'accès aux soins, un regain d'attractivité pour la spécialité de médecine générale était appelé.

Cet appel se basait sur le constat d'un manque d'attractivité de la médecine générale pour les raisons décrites précédemment.

E5 "Moi le point principal je pense qui est important c'est de rendre l'attractivité à la médecine générale", "il faut redonner de l'attractivité pour que les gens s'installent en libéral"

Les freins à l'installation étaient liés aux conditions de travail, à la sensation de perte d'indépendance, au contexte social perçu comme délétère ou incertain ainsi qu'à l'absence

d'avantages financiers suffisants pour justifier une installation, avec les charges et les difficultés qui y sont associées.

E3 "Par contre ouais les sons de cloche qui s'élevaient, c'était plus « les forfaits, c'est une bride, un petit peu pour la CPAM vis-à-vis des médecins, ça nous fait perdre un peu de notre indépendance »

A l'inverse, une amélioration des aspects sus-cités à travers la diminution des tâches inconvenantes, la diminution des contraintes imposées par la sécurité sociale ou une meilleure valorisation financière de l'exercice installé étaient cités comme leviers potentiels à l'installation.

De cette façon, le principe du conventionnement semblait pertinent en proposant des avantages aux médecins installés, notamment à travers la rémunération forfaitaire qui n'intéresse pas les médecins remplaçants.

E3 "Les remplaçants, ils voient pas le ...pas la couleur du coup, ça fait quand même quelque chose."

L'exercice remplaçant était par ailleurs bien perçu par les médecins installés. Tandis qu'ils déploraient la pénurie de remplaçants pesant sur leurs vacances, ils attestaient de leur participation au système de soin à travers l'approvisionnement des lignes de gardes de la PDSA.

Cependant, il était admis que l'exercice remplaçant s'accompagnait d'un désintérêt relatif pour la convention, au même titre que l'exercice salarié.

C. Application de la convention médicale

1. Impact sur la pratique.

a) Tarif conventionné

Comme évoqué précédemment, le conventionnement faisait partie intégrante de la pratique médicale en France. Son application se traduisait notamment à travers la pratique des tarifs conventionnés, déterminés par les cotations et permettant le remboursement du patient. La dispense d'avance des frais médicaux pour les patients pris en charge à 100% était aussi citée, ainsi que le respect des objectifs liés à la ROSP et aux critères déterminés par les autres forfaits et aides financières.

FG 1 "l'obligation, euh de ne pas faire payer les patients CMU ou en ALD"

En miroir, le déconventionnement était parfois évoqué par les participants. Si la volonté d'émancipation et d'indépendance vis-à-vis de la sécurité sociale était parfois comprise, le déconventionnement était néanmoins perçu comme une mesure extrême. En effet, l'impact financier à la fois sur le praticien que sur le patient et l'accès aux soins, à travers le déremboursement des soins (remboursement à hauteur de 0,61€ par consultation de médecine générale), était inacceptable pour la majorité des médecins. En outre, le déconventionnement était perçu comme risquant de dévoyer la relation médecin-patient au profit d'une relation clientéliste.

E11 "donc là moi le déconventionnement je l'envisage pas du tout c'est pas du tout une option pour moi"

b) Matériel médical, informatisation et modernisation du cabinet

Le rôle de la convention médicale était remarqué à propos du financement du matériel médical, des frais de modernisation et d'informatisation du cabinet.

E6 "Et puis je pense que si on avait aussi une meilleure revalorisation, la possibilité d'investir après dans le cadre du cabinet, tu vois sur peut être plus de matériel sur d'autres choses."

Le coût jugé excessif du matériel médical et des consommables utilisés était un frein à la pratique de certains actes notamment techniques, au premier rang desquels les consultations gynécologiques étaient citées.

E2 "le matériel coûte cher, c'est du matériel qui donne des prestations de qualité"

En outre, l'acquisition de matériel onéreux comme un dermatoscope, un ECG, un échographe ou un SBT (Sensory Baby Test), était perçue comme améliorant significativement la prise en charge des patients. Leur utilisation était aussi considérée comme limitant efficacement le recours aux spécialistes, améliorant ainsi l'accès aux soins.

E5 "Ca diminuerait la pression sur certains spécialistes"

Cependant, le coût d'un tel matériel étant important, un financement dédié était demandé à des fins d'équipement. A ce propos, le forfait structure était cité comme un financement répondant au besoin d'informatisation du cabinet.

E5 "c'est aussi quelque chose, je pense utile de maximiser tout ce qui va être effectivement euh informatisation, logiciel adapté et cetera et cetera et cetera."

c) Employés médicaux : secrétaire et assistant médical

L'appellation "employé médical" a été choisie par les auteurs afin de regrouper les secrétaires et les assistants médicaux. En effet, les médecins interrogés exprimaient une perception similaire et des attentes équivalentes envers ces deux catégories de professions destinées à assister le médecin dans sa pratique.

E8 "Si c'est une secrétaire qui peut être assistante médicale, qui peut avoir la double casquette, ce serait peut-être bien"

E9 "Le secrétariat, l'assistant médical, pour moi c'est la même chose. C'est supprimer des tâches non médicales pour que le médecin fasse plus de médecine et traite plus de gens."

L'embauche d'un employé médical répondait à un besoin de délégation des tâches administratives afin d'optimiser le temps médical. Cependant, les contours parfois flous concernant le champ de compétences des assistants médicaux faisaient parfois craindre une diminution de la qualité de prise en charge. En cause, la délégation de tâches médicales était rejetée. En revanche, la délégation des tâches administratives et hors consultations était souhaitée.

E3 "Je pense que... Avoir plus de temps médical, c'était peut-être plus avec l'histoire des assistants médicaux qui étaient proposés par la sécu."

Les freins à l'embauche d'un employé médical concernaient soit une inadéquation des locaux, soit un coût d'embauche jugé trop élevé. Le dispositif d'aide financière dédié à l'embauche d'un assistant médical était évoqué. Cependant, la condition d'augmentation de la patientèle ainsi que l'absence de pérennité de cette aide (renouvelable à l'échéance de 5 ans, sous condition d'une nouvelle augmentation de la patientèle et de la file active) constituaient des limites importantes du recours à ce dispositif.

E11 "pas que financièrement, parce que si tu te retrouves à devoir payer ton assistant médical parce que tu n'as pas augmenté suffisamment ta patientèle, il faut qu'on se pose et qu'on y réfléchisse"

2. Principales contraintes ressenties

a) Perte d'indépendance

Le conventionnement s'accompagnait nécessairement d'un certain nombre de contraintes imposées par la sécurité sociale aux médecins libéraux. Cette nécessité de contrôle des pratiques professionnelles était globalement comprise et acceptée par les médecins.

E7 "mais enfin voilà, il y a, il y a certains critères que je comprends, qu'il faut remplir, qu'il faut surveiller, Ok"

Cependant, le sentiment de contraintes excessives en lien avec les obligations d'augmentation de l'activité, de permanence des soins en journée (jusqu'à 20h en semaine et le samedi matin) ou de surveillance des prescriptions, faisaient craindre une perte d'indépendance trop importante au regard des avantages conventionnels perçus.

E1 "la sécu qui nous contrôle de plus en plus [...]", "ils nous en demandent toujours en plus"

En effet, cette perte d'indépendance était à même de remettre en cause l'engagement conventionnel du médecin, via le déconventionnement ou l'exercice salarial, si elle continuait à s'aggraver.

E4 "soit je pars en salariat, soit à terme je vais me déconventionner"

b) Participation à la P.D.S.A. et au S.A.S.

Concernant la participation aux gardes liées à la P.D.S.A. et la participation au S.A.S., il était rappelé que malgré les difficultés à répondre à la demande de soins non programmés et les horaires de travail atypiques liés aux gardes, ces dernières faisaient partie de l'obligation déontologique des médecins.

E8 "je pense que c'est important d'y participer"

Ainsi, ces dispositifs étaient perçus comme répondant à une logique de solidarité. En outre, ils étaient nécessaires car ils répondaient au besoin d'accès au soin des patients tout en contribuant à désengorger efficacement les urgences hospitalières.

Concernant le S.A.S., le rôle des services de secrétariat en ligne en tant qu'interface entre les médecins et les régulateurs des numéros d'urgence était évoqué. Ce dispositif de réponse à la demande de soins non programmés était décrit comme s'intégrant facilement à la pratique car déjà assuré au préalable.

E8 "Donc, en fait, ça, on le faisait déjà. », « ça permet de désengorger les urgences »

Concernant la P.D.S.A, la problématique principale évoquée était en lien avec la mauvaise régulation de certains appels, conduisant à des consultations perçues comme injustifiées. La difficulté d'associer les horaires atypiques de ces gardes avec l'exercice quotidien en cabinet amenait certains médecins à proposer un système d'astreinte téléphonique avec possibilité de consultation différée au lendemain.

E11 "C'est pas toujours bien orienté, des fois tu vois des patients alors que clairement il n'y aurait pas besoin de les voir mais c'est plus pour les rassurer la plupart du temps. "

La participation à ces gardes était perçue comme acceptable dans la mesure où celles-ci intervenaient avec une fréquence raisonnable. L'organisation de la P.D.S.A. était décrite comme mieux adaptée si celle-ci se faisait à l'échelon local et s'adaptait aux spécificités de chaque bassin de santé.

E11 "je me dis nous une par mois, faut pas déconner quoi, c'est pas non plus la mort quoi. "

De plus, la rémunération liée à ces gardes était jugée satisfaisante, et permettait ainsi un fonctionnement sur la base du volontariat suffisant pour écarter la nécessité de réquisition.

3. Formation et développement continu

a) Place de la convention dans la formation universitaire

Malgré sa profonde intrication dans la pratique médicale, la convention était inégalement représentée au sein de la formation universitaire. Si le stage de SASPAS pouvait être assimilé à une première expérience pratique de la convention, celle-ci était le plus souvent implicite, voire invisible.

FG 2 "Je pense qu'on l'applique parce qu'on nous l'a appris comme ça, tout notre internat, de façon sans se dire que c'est la convention"

Certains participants déclaraient avoir reçu un enseignement à propos de l'émergence des IPA, d'autres à propos du rôle des syndicats.

FG 3 "ils nous en avaient parlé dans un de nos derniers cours"

Tandis que d'autres évoquaient un manque de formation quant aux nouvelles missions attendues du médecin traitant.

E4 "donc on a des missions de plus en plus variées"

b) Formation Médicale Continue (FMC)

Les médecins interrogés exprimaient leur attachement au principe de FMC. Celle-ci était décrite comme indispensable. Elle était réalisée à travers la lecture de la presse spécialisée ou la participation à des séminaires de formation.

E10 "Je trouve que c'est quand même indispensable"

Si la FMC procédait plus d'une obligation déontologique, le souhait d'une prise en charge de cette formation continue dans le cadre de la convention était évoquée, notamment au profit des médecins remplaçants.

E10 "ouverture à la formation aux médecins aux médecins remplaçants ?"

4. Sources d'information

Les médecins interrogés étaient invités à préciser leurs sources d'information. Ces derniers concédaient parfois une difficulté à obtenir une information claire et loyale sur le sujet.

FG 2 "c'est difficile, je trouve d'avoir des informations après je les cherche peut être pas beaucoup non plus"

L'actualité médiatique entourant les négociations de la convention depuis 2022 était évoquée, ainsi que la place des réseaux sociaux. Les discussions avec les pairs et la recherche personnelle d'information sur internet ou dans la presse étaient aussi citées. Enfin, les communiqués syndicaux étaient décrits comme source d'information potentielle.

FG 4 "Donc on m'a donné les liens, mais les machins sur des conversations whatsapp"

E1 "je suis sur le groupe là des médecins du 64 et je lis les documents"

D. Financement lié à la convention médicale

1. Finances publiques et engagement contractuel

a) Notion d'engagement contractuel

La convention médicale était principalement décrite par les médecins interrogés comme un engagement contractuel et bilatéral. Celui-ci impliquait que le médecin conventionné s'engage à exercer selon les conditions dictées par la sécurité sociale, en échange de quoi cette dernière finançait le coût des soins à travers le remboursement du patient et organisait le système de santé à l'échelle du territoire dans une logique de politique de santé publique.

E5 "c'est le contrat qui lie en gros les médecins qui souscrivent à ... bah (pause) qui... qui se, qui signe la convention et euh et la caisse nationale d'assurance."

Les médecins acceptaient ainsi que leur pratique tombe sous la supervision de la sécurité sociale, dont l'illustration de ce droit de regard était le RIAP, permettant de comparer des indicateurs de pratique pour chaque médecin à la moyenne des autres médecins de la région.

FG 3 "Et du coup, pour revenir aux bonnes pratiques, c'est comme quand les médecins installés reçoivent euh leur prescription antibiotiques et y a un espèce de [...] Un curseur ..."

Enfin, en acceptant le conventionnement, ceux-ci adhéraient aussi implicitement au respect des objectifs liés à la ROSP ainsi qu'aux autres forfaits. Dans le cas des objectifs de la ROSP qui correspondaient aux recommandations de bonne pratique, il était remarqué que l'engagement de s'y conformer relevait plutôt d'un engagement déontologique que de l'adhésion ou non à la convention.

E6 : "je sais pas, faire une HbA1c à un patient diabétique. Oui, j'ai pas besoin de la ROSP pour me le faire faire."

b) Impact des négociations

Suite à l'échec initial des négociations conventionnelles du 28 février 2023, les participants étaient invités à donner leur avis sur les négociations passées, en cours ou à venir. Si certains concédaient là encore une méconnaissance de l'actualité, le contexte médiatique lié à l'échec des négociations, ainsi que les grèves et les autres formes de protestation (comme la pratique systématique d'un dépassement d'honoraires de 5€) ont contribué à informer les médecins sur le sujet.

E4 : "puisque depuis peu on pratique le dépassement avec la consultation à trente euros"

Concernant ces négociations, certains participants anticipaient un impact sur les conditions d'exercice ou le projet d'installation, tandis que d'autres affirmaient qu'elles ne remettraient pas en question une installation déjà décidée.

E5 "Par contre euh si euh, mais par contre ça pourrait avoir un gros impact sur la façon dont j'exerce"

E6 "je pense que même si ça n'aboutissait à rien bah de toute façon euh voilà je ... je continuerai ce que je fais"

Les principales critiques visaient entre autres la proposition du CET conditionnant la revalorisation de la consultation à un engagement accru du praticien en faveur de l'accès aux soins. Si le caractère différentiel de la rémunération entre un médecin signataire ou non était critiqué, c'est aussi le principe même de conditionnalité de cette revalorisation qui était vivement refusée par les médecins.

E6 "je sais que beaucoup de médecins n'étaient pas trop d'accord aussi sur ce que la Sécu attendait de nous en contrepartie de la revalorisation de l'acte."

Par ailleurs, l'intervention d'un règlement arbitral suite au dépassement de la date butoir était mal acceptée par les participants. Ce règlement était perçu comme un statu quo qui ne contenait pas les revendications des médecins. L'arbitre désignée était quant à elle considérée comme inexpérimentée.

E11 “qui a essayé de faire un entre-deux, on va dire, temporairement, le temps qu'on arrive à renégocier la convention”

E9 “c'est des gens qui sont plutôt du côté de la santé publique que de la pratique réelle et du terrain.”

Enfin, l'impact de ces négociations sur l'opinion publique était évoqué, soit en affirmant un soutien des patients pour la démarche des médecins, soit en déplorant une dégradation de l'image du corps médical liée à cette situation de blocage.

E1 “Là on a commencé les dépassements depuis 15 jours, tous les patients nous soutiennent, et nous disent mais pourquoi vous avez pas fait plombier vous seriez mieux payé quoi.”

c) Logique de moyen et économie de la santé

Malgré la défense des intérêts de la profession médicale dans leurs déclarations, les participants mentionnaient aussi la nécessité pour les pouvoirs publics de considérer la dimension économique dans les négociations conventionnelles.

FG2 : “C'était la sécurité sociale aussi, qui a un budget limité qui ne peut pas augmenter”

Ainsi, l'idée d'un budget de la santé limité dans un contexte de maîtrise de la dette publique était évoquée pour justifier la difficulté de la sécurité sociale à accéder aux revendications financières des médecins.

E11 “L'idée n'est pas d'augmenter la rémunération des médecins et de mettre l'État et la Sécu en grosses difficultés financières”

Cette logique économique, bien que partiellement comprise et acceptée par les intervenants, était néanmoins opposée à la logique de moyens classiquement associée à l'éthique médicale.

E5 “C'est pas vraiment pour des objectifs de santé publique. C'est des objectifs d'économie de la santé, mais pas forcément de santé publique”

A cet égard, il était mentionné l'intérêt pour l'ensemble des acteurs, et la responsabilité pour les médecins, de réaliser davantage d'études socio-économiques afin de pouvoir défendre l'efficacité de mesures de santé publique éventuellement onéreuses mais potentiellement rentables à long terme, comme l'investissement dans l'attractivité, la recherche ou la prévention médicale.

E10 “à nous de faire des études économiques pour dire : bah voilà, rémunérez mieux le médecin, et du coup bah ça va avoir avoir telles conséquences sur le patient et ça va vous faire économiser tant d'argent”

2. Type de rémunération

a) Importance de la question de la revalorisation

La place de la question de la revalorisation était déclarée primordiale dans les négociations.

D'une part, cette revalorisation était motivée par une logique de compensation de l'inflation, dont le poids sur les charges professionnelles était décrit comme source d'anxiété financière chez certains praticiens. Elle visait aussi à lutter contre un sentiment de réduction du niveau de vie, illustré par la comparaison défavorable des revenus avec d'autres pays européens ou d'autres corps de métier équivalents en France.

E7 "de revaloriser notre travail en fonction, en fonction du coût de la vie c'est une chose."

E1 "le financier, ce qui pour l'instant est une source de stress"

D'autre part, cette revalorisation était justifiée par le souhait d'une compensation financière de la hausse ressentie des contraintes, des responsabilités et de l'impact du travail sur la vie personnelle du médecin. Certains participants estimaient que la rémunération actuelle ne valorisait pas suffisamment leurs compétences ni leur temps de travail.

E2 "j'aurais envie qu'il y ait une revalorisation du ...du ... des compétences et du temps qu'on va encore passer"

Enfin, le lien entre la revalorisation, l'amélioration des conditions de travail et la qualité de prise en charge était évoqué à travers l'embauche de personnel, l'achat de matériel plus performant, ou la participation accrue à des sessions de formation professionnelle.

E2 "le matériel coûte cher, c'est du matériel qui donne des prestations de qualité"; « ça sera plus facile de faire des formations, d'avoir du matériel, de, de ...d'embaucher des personnes. »

Ainsi, le caractère conditionnel des aides ou de la revalorisation tarifaire proposée était globalement rejeté par les médecins interrogés, estimant que leur revendication financière répondait à une logique de rattrapage.

En ce sens, la revalorisation du tarif de la consultation à 26,50 € concédée par le règlement arbitral à partir du 1er novembre 2023 était décrite comme insuffisante. Tandis qu'une partie des participants s'estimait satisfaite d'une revalorisation à 30€ sans conditions.

E6 "Ouais alors les un euro cinquante oui ça je le sais parce que ça sert à rien."

E8 "si déjà on arrivait à 30 euros la consult ça serait pas mal je pense... passer de 25 à 30 c'est déjà pas mal"

b) Préférence pour la rémunération à l'acte

Concernant la forme que devait prendre cette revalorisation, les participants se prononçaient majoritairement en faveur d'une revalorisation de l'acte que d'une augmentation de la rémunération forfaitaire.

E10 "Si on devait en augmenter un, je dirais plutôt l'acte"

Malgré plusieurs observations relevant la difficulté d'utilisation des autres cotations, la prépondérance de la cotation G amenait les médecins à la percevoir comme leur principale source de revenus.

E10 *“c'est vrai que la plupart des médecins du coup ils vont utiliser que le G alors qu'il y a plein d'autres cotations qui existent.”*

L'impact potentiellement néfaste de la rémunération à l'acte sur la pratique était néanmoins souligné à travers la critique de la logique de multiplication des actes au détriment de la qualité qu'elle supposait.

E5 *“Donc potentiellement euh éventuellement une perte de la qualité des soins”*

c) Complémentarité des systèmes

Les détails liés aux différents forfaits étaient globalement bien maîtrisés par les participants. Ceux-ci soulignaient la pertinence clinique de certains objectifs de la ROSP s'intégrant naturellement à leur pratique. Il en était de même avec le FMT dont la valorisation de la patientèle en fonction des caractéristiques des patients suivis était considérée comme pertinente. Le forfait structure était aussi jugé satisfaisant, tant dans son montant que dans ses critères d'attribution.

E9 *“le forfait patientèle médecin traitant, oui, ça te dit, ça t'encourage quand même à avoir des patients dans ta patientèle.”*

E10 *« ça fait plaisir quand ça tombe, surtout le forfait structure »*

Enfin, l'allocation exclusive de ces forfaits aux médecins installés était considérée comme une mesure attractive en faveur de l'installation.

E5 *“si on donne envie aux gens éventuellement de s'installer, ben globalement il faut qu'il y ait, si on veut qu'il y ait un impact financier”*

Si le principe de la rémunération à l'acte restait donc privilégié à la rémunération forfaitaire, cette dernière permettait de revaloriser l'activité selon des critères considérés comme pertinents. Ceci justifiait la complémentarité des deux systèmes de rémunération.

E11 *“parce que ça complète quand même beaucoup ta rémunération”*

3. Perception du modèle forfaitaire en France

a) Critique du modèle forfaitaire

Le modèle forfaitaire était néanmoins perçu comme contraignant. En effet, même si le principe de la rémunération forfaitaire dans la convention médicale était de nature incitative, sa place de plus en plus prédominante dans la rémunération du médecin la rendait indispensable et donc contraignante. Ce constat pouvait même mener le médecin au refus de la ROSP par volonté de préservation de son indépendance.

E3 *“Par contre ouais les sons de cloche qui s'élevaient, c'était plus les forfaits, c'est une bride, un petit peu pour la CPAM vis-à-vis des médecins, ça nous fait perdre un peu de notre indépendance”*

En outre, le sentiment d'opacité d'attribution des forfaits nourrissait une certaine défiance, voire une sensation d'injustice. Cette perception négative était renforcée par les critiques concernant le manque de pertinence de certains objectifs de la RO SP, du forfait structure ou du FMT.

E11 "Après c'est un petit peu obscur, c'est-à-dire que tu obtiens des forfaits mais tu sais pas trop pourquoi, comment"

b) Modèle par capitation

Par analogie avec le système anglais, le modèle par capitation était évoqué. L'idée d'un forfait attribué en fonction de la taille de la patientèle permettait d'éviter la pression liée à la rémunération à l'acte. Cependant, la valorisation de la complexité et des consultations longues était là aussi mise en cause.

E11 "Parce que si c'est une rémunération juste sur forfait, en fait c'est un petit peu compliqué parce que ça veut dire que quel que soit le nombre de consultations que tu fais, le forfait sera le même"

E3 "Donc ouais, à envisager peut être des consultations complexes dans la cotation"

Certains participants ont mentionné le souhait d'un modèle de rémunération forfaitaire dans le but d'homogénéiser les revenus jugés trop disparates des médecins.

E9 "Et les forfaits, pour moi, ils devraient plus servir à ça. Celui qui a un mode d'exercice qui est peu rémunérateur, mais qui est tout aussi utile que les autres, il devrait avoir une garantie sur son salaire de tant de billets d'euros par an."

E. Place du médecin généraliste dans le système de santé

1. Relations avec les pouvoirs publics

a) Rôle des syndicats

L'intérêt de l'adhésion syndicale était défendu dans une optique de représentativité, pourtant le manque d'engagement syndical des médecins était en même temps constaté. Aussi, on relevait une méconnaissance de leur existence ou de leur fonctionnement.

FG3 "Et mais en fait qui sont nos représentants ? Du coup c'est des syndicats qui y sont ...?"

E10 "Enfin, je ne saurais pas dire le pourcentage de syndiqués, mais je pense que c'est moins de la moitié des médecins, je pense."

Malgré la pluralité des syndicats, une difficulté à s'identifier aux propositions défendues était reconnue. A l'instar de la proposition de revalorisation de la consultation à 50€, dont la perception variait entre logique de marchandage et véritable revendication.

E1 "Bon, 50€ je sais que c'est... (ouvre grand les yeux) "

b) Difficultés du dialogue avec les pouvoirs publics

La communication avec les pouvoirs publics était perçue comme mauvaise. En cause, une méconnaissance supposée du monde médical par ces derniers ainsi que des désaccords sur la politique de santé. A cela s'associait l'idée de responsabilité de l'Etat quant aux difficultés actuelles, ainsi que le sentiment de ne pas être entendus, voire d'être méprisés.

E3 "Qu'ils comprennent que la réalité du terrain, elle est quand même vraiment moins simple qu'ils ne le pensent."

E7 "Je pense que il y a, il y a beaucoup de de choses à rediscuter qui ne sont pas forcément entendues"

Les positions des médecins et de la sécurité sociale étaient parfois décrites comme opposées, suscitant une dégradation de la relation de confiance nécessaire au bon fonctionnement de la convention médicale.

E1 " La CPAM veut pas la même chose que nous"

c) Reconnaissance sociale et opinion publique

Une plus grande reconnaissance sociale de la profession était régulièrement souhaitée par les participants qui estimaient en mériter davantage.

E3 "La reconnaissance, on va dire du gouvernement des choses comme ça qui semblent être parfois un peu minorées"

E4 "Et en fait moi j'aimerais qu'on nous remercie pour notre travail."

E5 « surtout effectivement de voir qu'on est soutenu, que ce soit par l'état, par les par les caisses euh.. valorisé aussi je pense par les patients parce que globalement il y a aussi un contexte aussi social »

D'autant plus que les médecins percevaient leur image dans l'opinion publique comme galvaudée par l'échec des négociations et les difficultés actuelles du système de santé.

E4 "Les gens ils se sont dit oh la la ces nanti dis donc ils se permettent tout voilà donc ça ça a été beaucoup relayé."

2. Collaboration pluriprofessionnelle

a) Importance du réseau de soin

L'intérêt d'une pratique s'intégrant dans un réseau de soins était mentionné. Les médecins interrogés privilégiaient une pratique centrée sur la collaboration pluridisciplinaire plutôt qu'un exercice solitaire. L'adhésion à une CPTS en était une illustration, ainsi que la volonté de participer à des RCP.

E2 "Et euh, et même si tu sens que c'est un besoin de de tous les libéraux, de se de se dire bah pluripro, en fait", "ça va pas être viable ou faisable de ne pas de de ne pas travailler en groupe"

L'exercice de groupe était plébiscité, tant pour l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient que pour les conditions de travail qu'il permettait.

La collaboration avec les autres médecins spécialistes ainsi qu'avec les professions paramédicales était d'autant plus appréciée qu'elle s'intégrait dans un réseau de soin bien défini.

E7 "Et ça demande un réseau super euh réactif. Et euh et voilà performant quoi! Un réseau d'aide, un réseau paramédical autour de nous"

b) Rôle de coordination du médecin

Dans cette organisation multipolaire, le rôle du médecin généraliste était perçu comme central.

Néanmoins, cette place essentielle dans le système de santé s'accompagnait de nouvelles responsabilités concernant la coordination du réseau de soin. Cette évolution du rôle décrit comme managérial des médecins était dénoncée pour deux raisons. D'une part, il alourdissait le temps administratif et hors consultation au détriment de l'activité médicale. De plus, il faisait craindre une diffusion de responsabilité des autres intervenants aux dépens du médecin.

E4 "Et puis c'est une façon de nouveau tranquillement, de proposer de dévier le médecin généraliste de son travail actuel qui va être un manager d'équipe paramed quoi!"

3. Particularité de la collaboration avec l'IPA

a) Intérêt notamment en zones sous-dotées

L'arrivée des IPA était examinée, à l'aune de la désertification médicale, comme répondant à un besoin de délégation des tâches médicales afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins.

E5 "Ce serait plus intéressant dans des zones un peu plus sous ... éventuellement des zones sous-dotées ou qui manquent effectivement de... de bras"

Cette délégation était parfois critiquée car pouvant constituer une dégradation de la prise en charge des patients. En revanche, elle était acceptée comme solution a minima dans les situations de zones sous-dotées en médecins.

E5 "Mais théoriquement, quelqu'un qui va faire des suivis de, de patients chroniques stabilisés, j'en ai pas besoin parce que ça, j'estime que c'est vraiment mon travail pour le coup, pour éviter justement qu'il se déstabilise."

FG2 "Mais je pense que dans des zones ou, il manque des médecins. Ça peut avoir un intérêt"

b) Crainte de l'impact sur la pratique du médecin

Si la nécessité de délégation des tâches médicales était admise en zone sous-dotées, c'était surtout la perspective d'un impact défavorable sur l'activité du médecin qui était décriée.

E4 "Mais je pense que dans des zones ou, il manque des médecins. Ça peut avoir un intérêt"

En effet, l'arrivée des IPA. faisait craindre un alourdissement des prises en charge par capture des consultations de suivi des patients stables. La complexification attendue de l'activité du médecin était d'autant plus critiquée que les prises en charges complexes étaient jugées comme dévalorisées par rapport aux consultations plus simples.

E8 "si on fait que des consultations complexes donc du patient 80 ans, insuffisant cardiaque, diabétique où tout est...ou ça nous prend une demi-heure, trois quarts d'heure rémunérer 26,50 euros, c'est pas possible..."

De plus, la tarification de la consultation IPA jugée plus avantageuse que celle du médecin, entretenait un sentiment d'injustice lié à l'arrivée de cette nouvelle profession.

E8 "Qui ont des consultations qui vont être dédiées pour 50 euros... je prends la consultation ce qui est donc plus cher qu'une consultation de médecin généraliste"

c) Limites et préférence du dispositif Asalée pour l'ETP

Par analogie ou par confusion, la comparaison des IPA avec les infirmiers issus du dispositif Asalée était évoquée.

E4 "je ne vois pas la plus-value par rapport à un infirmier Asalée"

La préférence pour ce dernier était justifiée par l'importance accordée à l'ETP, dont la réalisation par les médecins eux-mêmes était jugée insuffisante.

E5 "Ou d'une IPA éventuellement : quelqu'un qui puisse prendre le temps de faire de la... euh de l'éducation thérapeutique, ça j'en aurais eu besoin"

F. Pistes d'améliorations

1. Cotations problématiques

La difficulté d'application des cotations était mentionnée précédemment. En outre, le manque de rentabilité de certains actes comme les actes techniques ou les consultations longues constituait une limitation à leur pratique.

E3 "la consultation de G, qui est celle qu'on utilise à peu près quatre vingt dix, quatre vingt quinze pour cent du temps, quoi. Et après, il y a quelques autres cotations annexes qu'on peut utiliser un peu plus, enfin de temps à autre"

Les problématiques citées étaient :

- La durée restreinte de la cotation MUT.

Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins et d'alourdissement du rôle de coordination du médecin, la limitation de cette cotation aux rendez-vous obtenus sous 48h était jugée trop stricte.

E8 "on a une majoration, on a une cotation qui nous permet de majorer de 5 euros la consulte si on a réussi à avoir un rendez-vous dans les 48 heures, ce qui est quasiment impossible"

- Le remplacement du forfait MPA par la cotation MOP.

A rebours de la préférence pour la rémunération à l'acte, le remplacement de ce forfait attribué automatiquement par une cotation susceptible d'être négligée était regretté.

E8 "Et jusqu'à présent, on nous donnait ce forfait-là dès qu'on les voyait. Maintenant, il faut qu'on applique une cotation particulière pour qu'on ait ce forfait-là."

2. Reste à charge

Tandis que l'idée du reste à charge était considérée comme diminuant l'accès aux soins, la remise en question de la gratuité des soins était évoquée dans l'optique de revaloriser le tarif de la consultation.

FG3 "Après ils auraient pu discuter d'une part de reste à charge au patient ou d'augmenter la part mutuelle"

De plus, la pratique du tiers payant était critiquée en cela qu'elle était perçue comme déresponsabilisant le patient, et contribuait ainsi à la surconsommation et aux dépenses de santé.

FG 2 "Et je dirais... moins de remboursement ... de tiers payants de truc comme ça pour éduquer un peu les patients"

3. Remise en question du statut médecin traitant

Dans un contexte de désertification médicale, l'objectif d'attribuer un médecin traitant à chaque patient était remis en question, en particulier pour les patients jeunes et sans antécédents.

E4 "Le problème à la base c'est [...] c'est de réfléchir sur l'existence ou la persistance, on va dire, de l'existence de ce statut de médecin traitant. Est ce qu'il y en a encore vraiment besoin ?" ; "Bon, dans

l'absolu, est-ce que le rôle de médecin traitant, est-ce que ce statut qui a été créé il y a une vingtaine d'années, est ce qu'il a toujours raison d'être ?”

4. Optimisation de la convention, simplification ou personnalisation

Constatant l'hétérogénéité des modes d'exercice et des revendications de la profession, l'idée d'une adaptation plus individuelle de la convention était mentionnée. Notamment, les objectifs liés à la rémunération forfaitaire étaient appelés à être adaptés au mode d'exercice du médecin, sa région et sa patientèle.

E1 "Si encore il y avait un mec de la sécu qui venait adapter notre prescription à notre type de consultation”

En outre, la participation du médecin à l'élaboration de ses propres objectifs de santé publique était perçue comme permettant un meilleur investissement personnel à leur réalisation.

E5 “je pense qu'il faut que ce soit un peu plus participatif et moins euh bah en gros il faut que ce soit plus ...ça vienne plus du bas les idées plutôt que du haut”

Enfin, le souhait d'une réévaluation plus régulière de la convention était décrite comme plus adaptée pour suivre les évolutions du secteur de la santé. A fortiori au regard du retard d'adoption de la convention 2024 par rapport à la convention 2016.

E9 “Moi, je pense très honnêtement qu'il y a eu du retard. Je pense que les mises à jour et les... Les adaptations des conventions... 5 ans je pense que c'est trop éloigné”, “Je pense que la revalorisation, elle aurait dû, d'office, tous les ans, pas tous les cinq ans, être revalorisée à hauteur de l'augmentation des charges et à hauteur de l'inflation tout simplement.”

5. Abus et fraudes

Concernant les mesures attendues par les médecins, le risque de fraudes ou d'abus inhérent à l'assouplissement des règles octroyant un financement public était mentionné. Si ces pratiques étaient fermement condamnées, elles étaient cependant considérées comme minoritaires.

E9 “Mais d'un autre côté, c'est utopique ce que je dis, parce que bah simplifier les choses, ça donne encore plus la porte ouverte aux abus donc... C'est compliqué.”

IV. DISCUSSION

A. Synthèse de l'étude

Nous avons porté un intérêt particulier à une population d'étude composée de jeunes médecins généralistes. En effet, cette population nous semblait particulièrement pertinente à étudier au regard des impacts et des attentes de la convention.

Une méconnaissance de la convention médicale a été mise en évidence dans notre étude, ce qui semblait indiquer un problème plus profond dans la relation entre la convention médicale et les jeunes médecins libéraux.

La notion de complexité des prises en charge, ainsi que la question de sa juste valorisation ont été largement abordées. Une plus grande complexité dans les situations rencontrées, associée à une augmentation du rôle de coordination du médecin généraliste imposent de réfléchir à la bonne méthode pour valoriser le temps total de travail.

En cas d'échec, le risque semble double. Au-delà d'un résultat insuffisant pour le patient, cela pourrait conduire à des prises en charge suboptimales par manque de temps. Au final, ceci pourrait aboutir à un coût des soins plus élevé pour le système de santé.

À propos de la rémunération, le modèle de tarification à l'acte était préféré par les médecins. Cependant, il faut noter que celui-ci comporte tout de même des défauts poussant à valider le principe d'une association complémentaire des rémunérations, à l'acte et forfaitaire.

Une des raisons principales est que le temps administratif et hors consultation était considéré comme important mais n'ouvrait pourtant pas droit à une rémunération. Si la tarification à l'acte porte en elle l'idée de libéralité propre à la médecine française, la rémunération forfaitaire pourrait permettre la juste valorisation du temps de travail total du médecin.

Concernant le temps administratif et hors consultation, les participants souhaitaient que celui-ci n'empiètent pas sur le temps médical. Or, comme étudié dans une thèse de 2018 concernant "l'évaluation des tâches non-médicales en Occitanie" (35), ces tâches non-médicales représenteraient entre 22 et 33% de l'activité des médecins répondant, soit une moyenne de 13 heures et 6 minutes hebdomadaires.

Malgré l'attachement des médecins généralistes à la relation de soins avec le patient, l'augmentation de leur rôle de coordination risque d'entraîner une hausse de ce temps non rémunéré. Cela amène donc à considérer la possibilité de délégation des tâches non médicales. Ainsi, l'aide au financement des employés médicaux, et notamment de l'assistant médical, était considérée comme appropriée.

Enfin, le souhait d'une meilleure reconnaissance de la profession, à la fois dans l'opinion publique que venant des organismes de tutelle, était exprimé. Les contraintes comme le travail en horaires de nuit lié aux gardes étaient considérées comme nécessaires mais appelaient à une reconnaissance.

B. Forces de l'étude

1. Originalité de l'étude

Cette étude originale est la première s'intéressant au sujet de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes.

2. Pertinence de la population cible

L'étude reposait sur un échantillon varié de jeunes médecins généralistes aux caractéristiques différentes. Chaque réponse était singulière à sa pratique. La définition des jeunes médecins généralistes, en se basant sur un début d'exercice de moins de 5 ans, les mettait au cœur du sujet de la convention médicale du fait de l'importance de la question de l'installation.

3. Actualité du sujet

Le contexte sociodémographique de la santé en France au moment du travail de thèse, valorisait la pertinence des réponses. Les entretiens ont été réalisés entre le règlement arbitral du 28 avril 2023 et la signature de la nouvelle convention médicale en juin 2024.

4. Rigueur méthodologique

S'agissant d'un travail de thèse qualitative à deux chercheurs, les critères de rigueur scientifique (36) attendus ont été respectés selon la grille d'évaluation COREQ (Annexe 9). La crédibilité, le reflet de la validité interne, a reposé sur la triangulation des sources et méthodes. La validité externe a été assurée par un échantillon raisonné, et la suffisance des données a été atteinte. L'enregistrement d'une déclaration d'engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004) a été jugée nécessaire et cette étude a été considérée comme menée conformément au règlement général à la protection des données.

C. Limites de l'étude

1. Première étude des chercheurs

Ce travail de thèse était le premier travail de recherche pour les deux chercheurs.

2. Manque de représentativité

Le recrutement, par l'environnement professionnel des deux chercheurs, a pu entraîner un biais de sélection.

La spécificité géographique de la population étudiée, appartenant aux villes et aux environs de Pau et de Toulouse, peut entraver à la généralisation des réponses identifiées.

D. Discussion autour des résultats

La pratique de la médecine libérale en France est intimement liée à la convention médicale pour la majorité des médecins. Cette relation est contractualisée lors de l'installation, moment clé du conventionnement. Selon une revue systématique de la littérature sur les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes (37), la lourdeur administrative et l'importance de la charge de travail sont les principaux freins à l'installation. Or, ces deux paramètres sont étroitement liés à la convention. Elle peut donc déterminer des conditions plus favorables à l'installation et constituer ainsi une source d'attractivité pour la médecine générale.

En effet, l'installation reste une étape crainte par les internes et les jeunes médecins qui redoutent notamment les formalités administratives, les charges financières et une baisse de la qualité de vie d'après une étude menée en 2016 dans les Alpes maritimes (38). Un travail complémentaire pourrait prendre en considération l'avis d'une population de médecins remplaçants afin de déterminer les déterminants à l'installation à travers la nouvelle convention médicale.

Nous ne retrouvons pas de littérature correspondant aux connaissances ou à la représentation de la convention médicale chez les médecins généralistes. Il serait intéressant de s'interroger sur ce sujet avec une population de médecins généralistes ayant davantage d'expérience professionnelle.

Par ailleurs, deux études (39) (40) réalisées en Franche-Comté et Midi-Pyrénées respectivement en 2022 et 2019 soulèvent la question de la connaissance et des freins à l'utilisation de la nomenclature médicale (41). Elle montre qu'à cause de la complexité de sa nomenclature, l'application de la convention par les médecins libéraux est imparfaite.

D'autre part, le temps de travail administratif et hors consultation a été un élément de réponse redondant parmi les participants. Cette notion est confortée par une enquête menée par la DREES en 2009 (42). Le temps hebdomadaire hors temps médical s'évaluait à environ 8h (consultations gratuites, conseils téléphonique suivi biologique, appels de spécialistes, démarches administratives).

Une étude qualitative menée en 2022 (43) sur l'apport de l'assistant médical aux médecins généralistes, démontre qu'il apporte une aide avant, pendant et après la consultation. La polyvalence et l'évolutivité de son rôle sont deux des facteurs importants. Il serait intéressant d'évaluer la mise en pratique de la collaboration avec les assistants médicaux dans la nouvelle convention médicale.

La question de la rédaction des certificats médicaux s'ajoute à celle de la charge administrative. En particulier, les arrêts de travail de moins de 3 jours ont été décrits comme constituant une surcharge administrative ne relevant pas nécessairement de la compétence médicale.

Enfin, l'absence de médecin pratiquant un exercice déconventionné dans notre échantillon peut être notée. Celle-ci ne relève pas d'un choix délibéré des auteurs mais d'une absence de participant répondant à ce critère dans l'échantillon étudié. Il n'a pas été jugé pertinent de corriger cette absence car notre question de thèse s'intéressait aux détails de la convention. Nous avons donc estimé qu'elle présupposait une adhésion à celle-ci. De plus, dans les entretiens réalisés, la description du déconventionnement comme une tendance marginale nous a conforté dans ce sens. Une étude s'intéressant aux motivations et degré de satisfaction des médecins généralistes non conventionnés de

Seine-Maritime et de l'Eure (44), semble indiquer que le motif principal du non-conventionnement était la pratique d'un exercice constitué de consultations particulièrement longues.

En comparaison avec d'autres pays européens, le système de santé français présente une organisation centralisée. En ce sens, il est comparable avec le système anglais où la NHS (National Health Service) organise et finance l'offre de soin sur la majorité du territoire. Si le modèle anglais est scruté par les pouvoirs publics français comme le montre une mission d'étude de la DGOS de 2016 (45), ainsi que l'expérimentation du modèle par capitation dans la nouvelle convention, c'est la comparaison avec l'Allemagne qui nous semble particulièrement intéressante. En effet, une étude de l'IRDES de Juin 2024 (46) met en relation ces deux systèmes de soins. Si le modèle français est centralisé avec un payeur unique, le modèle allemand décentralisé et autogéré met en concurrence une multitude de caisses d'assurance maladie publiques ou privées. Au-delà de ces différences institutionnelles, on retrouve un très large recours aux assistants médicaux en Allemagne, signant une délégation de tâches plus importante outre-Rhin. Le système de rémunération allemand est complexe, comprenant aussi une part de paiement à l'acte et de capitation. Cependant, l'absence de tarif unique pour une consultation, au profit d'un système rémunérant la prestation sur la base d'une classification dite « EBM » (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab*) est intéressante. En effet, cette classification dont la logique est proche des GHM (Groupes Homogènes de Malades) utilisés à l'hôpital permet de faire correspondre la rémunération d'une prestation médicale au profil du patient (âge, comorbidités, etc) plutôt que de considérer l'acte comme indépendant du patient.

Pour terminer, nous notons une cohérence entre les données bibliographiques et sociétales et les résultats obtenus à travers cette étude.

E. Perspectives

Notre étude s'est achevée à l'aube de la signature de la nouvelle convention 2024 (47)(48). Les divers syndicats évoquent un soulagement sans relever de "choc d'attractivité" réclamé par les médecins (49).

Pour comparaison, nous avons confronté les attentes des participants retrouvées dans notre étude aux mesures de la convention 2024 :

- La revalorisation de la consultation du généraliste (G) a été accordée sans condition de CET pour un montant de 30€.
- La revalorisation du forfait médecin traitant à partir de 2026 s'inscrit dans une démarche de complémentarité des systèmes de rémunération. Il est confondu avec la ROSP dans un forfait unique.
- Le FMT a obtenu des majorations de 5 à 40€ par patient en fonction de son âge et de son statut. Ce total est majoré de 10% chaque année pour les médecins installés en zone d'intervention prioritaire (ZIP).

En outre, 5€ sont ajoutés par patient et par item de prévention validé. 15 indicateurs de prévention sont retenus pour 2026 (vaccination, dépistage, suivi des pathologies chroniques) et seront réévalués par les partenaires conventionnels.

- Le forfait structure devient quant à lui la dotation numérique et ses critères sont ajustés. Il conviendra d'évaluer l'impact financier final de ces modifications du FMT et de la dotation numérique au détriment de la ROSP.
- La considération de la complexité de prise en charge des patients lourds a été prise en compte avec l'apparition d'une cotation pour la consultation longue (GL). Cette dernière s'applique pour les patients de plus de 80 ans ou en ALD dans les cas suivants : sortie d'hospitalisation, déprescription de patients hyper-polymédiqués, et consultation d'orientation vers un parcours médico-social. Ces motifs sont applicables une fois chacun dans l'année.
Si le principe de cette cotation est salué, ses conditions d'application restrictives pourraient constituer une limite à son intérêt réel.
- L'application d'un forfait de collaboration avec un IPA (de 100 à 1000€ selon le nombre de patients orientés) relève possiblement d'une logique d'entraînement au démarrage d'une mesure nouvelle. Cependant, elle peut aussi être interprétée comme une compensation financière liée à l'impact de cette nouvelle profession sur l'activité du médecin.
- Au-delà de la revalorisation de 5% des aides financières pour l'embauche d'un assistant médical, c'est la pérennité de ces aides qui est problématique. En effet, la nécessité de renouveler tous les 5 ans l'engagement d'augmentation de la patientèle et de la file active est perçu comme excessif à partir d'un certain stade. Malgré l'intérêt décrit par les médecins pour cette mesure, le coût d'embauche d'un salarié est perçu comme trop élevé, faisant de l'absence de pérennité de son financement un frein majeur à sa mise en place.

Considérant les engagements collectifs mis en avant par la nouvelle convention (+5% de primo-installés en médecine générale, +2% d'augmentation de la file active moyenne, +5% de médecins affiliés à l'OPTAM, +7% de médecins installés en zones sous-dotées, 100% du territoire couvert par la PDSA et le SAS), le rôle du médecin généraliste est appelé à être plus prééminent que jamais.

Si les contraintes liées à son engagement croissant sont comprises et acceptées, il importerait que celles-ci restent proportionnées, et correctement compensées, afin d'éviter une situation perçue comme injuste par la profession.

A cet égard, la volonté affichée par cette nouvelle convention de corriger les écarts de rémunération entre spécialités médicales prend également tout son sens.

Enfin, l'expérimentation en lien avec l'article 51 relative au financement collectif à la capitation et ouvrant la possibilité pour les médecins volontaires exerçant en groupe d'être rémunérés sous une forme intégralement forfaitaire est à suivre.

V. CONCLUSION

La spécialité de médecine générale est une discipline centrale de notre système de santé. Comme toutes autres spécialités médicales, son exercice en milieu libéral est contrôlé par l'Assurance Maladie dans le cadre du conventionnement.

Les années 2022 à 2024 auront vu l'échec des négociations conventionnelles entraîner la rédaction d'un règlement arbitral avant la mise en place tardive d'un accord.

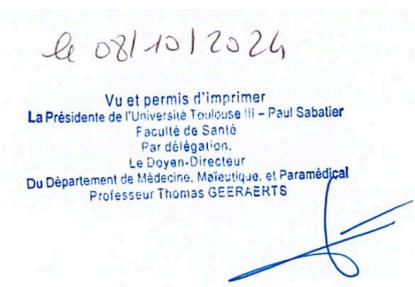
Notre travail de thèse décrit la représentation de la convention médicale auprès des jeunes médecins généralistes, ses sujets principaux dans les enjeux d'installation, ainsi que leurs attentes concernant la convention médicale. L'impact des négociations sur leurs projets professionnels était aussi évalué.

Si une certaine méconnaissance théorique a été retrouvée, l'intrication profonde de la convention dans la pratique médicale devrait inciter les médecins à mieux se saisir de cet enjeu à la fois professionnel et sociétal. En effet, l'intérêt d'une meilleure compréhension entre médecins libéraux et pouvoirs publics pourrait permettre, à travers l'élaboration d'une convention adaptée, d'assurer un meilleur accès aux soins.

Ainsi, la question de la rémunération occupait une place importante. Celle-ci était perçue comme relevant d'une logique de compensation des difficultés vécues par les médecins. Qu'il s'agisse des conditions de travail jugées difficiles ou des contraintes liées à l'engagement conventionnel parfois perçues comme excessives. En outre, la question de la juste valorisation de la complexité des prises en charges a été mise en évidence, ainsi que celle de la valorisation du temps de travail effectif.

Le modèle de rémunération des médecins français, associant rémunération à l'acte et rémunération forfaitaire a donc été abordé. La préférence des médecins interrogés pour la rémunération à l'acte était néanmoins contrebalancée par l'intérêt de la rémunération forfaitaire dans la valorisation du temps de travail total, justifiant de la complémentarité des systèmes.

Enfin, le rôle central du médecin généraliste dans le système de santé a été évoqué à travers la question de la collaboration pluridisciplinaire et de l'augmentation de son rôle de coordination. A cet égard, la perception de l'arrivée des IPA a aussi été traitée.



VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Article L162-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886222
- 2) L'essentiel de la convention médicale 2016 [Internet]. [cité 20 juillet 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-reglement-arbitral/convention-2016-essentiel>
- 3) SUHARD V. Historique des conventions médicales : Synthèse documentaire. [Internet]. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, éditeur. Paris : Irdes; 2022. (Synthèses & Bibliographies Irdes). Disponible sur:
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
- 4) Procédure conventionnelle [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/negociations-conventionnelles/les-negociations-en-pratique/procedure-conventionnelle>
- 5) Arrêté du 5 juin 1980 Approbation de la convention conclue entre, d'une part, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la caisse centrale de secours mutuels agricoles et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la fédération des médecins de France - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000678090>
- 6) Arrêté du 4 juillet 1985 PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS.
- 7) Loi TEULADE légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0274 du 26/11/1993 (accès protégé) [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=WGqsajGjac4LmUj6EzbO&pagePdf=9>

- 8) Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant no 1 à la Convention nationale des médecins généralistes.
- 9) Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- 10) Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
- 11) Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.
- 12) Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- 13) Arrêté du 16 août 2005 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- 14) Arrêté du 28 juillet 2005 portant approbation des avenants n° 5, n° 6 et n° 8 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- 15) Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- 16) Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale.
- 17) Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
- 18) IFOP [Internet]. [cité 20 juillet 2024]. L'état d'esprit des Français : les thèmes prioritaires pour les mois qui viennent. Disponible sur:
<https://www.ifop.com/publication/letat-desprit-des-francais-les-themes-prioritaires-pour-les-mois-qui-viennent/>
- 19) Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-degradation-de-la#>

- 20) Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-0>
- 21) Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
- 22) Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
- 23) Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. oct 2014;198(7):1367-78.
- 24) Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
- 25) LFSS année en cours [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/annee-en-cours>
- 26) Réaction de l'Assurance Maladie au rejet de la convention médicale par les syndicats de médecins libéraux [Internet]. 2023 [cité 4 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-03-01-cp-reaction-rejet-convention-medecins>
- 27) Convention médicale : entre les médecins et l'Assurance-maladie, quatre mois de négociations pour un échec final. 28 févr 2023 [cité 4 sept 2024]; Disponible sur:

https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/02/28/convention-medicale-entre-les-medecins-et-l-assurance-maladie-quatre-mois-de-negociations-pour-un-echec-final_6163564_3224.html

- 28) Accès aux soins loi Rist du 19 mai 2023 | vie-publique.fr [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>
- 29) OCDE (2021), Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>.
- 30) Le revenu libéral des médecins libéraux [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur:
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/ods_revenu-liberal-des-medecins-liberaux_prod2022/
- 31) Braun F, Firmin Le Bodo A.. Lettre de cadrage du ministère de la santé au directeur général de l'Assurance Maladie [En ligne]. Paris : Éditeur; 27 octobre 2022 [cité le 4 septembre 2024]. 5p. Disponible:
https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2022/11/2022-10-27_MINSANTE_LettreCadrage-Convention222.pdf
- 32) Règlement arbitral, convention et avenants [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-reglement-arbitral/reglement-arbitral-convention-et-avenants>
- 33) Mettre à jour son logiciel métier pour envoyer des feuilles de soins papier scannées via SCOR [Internet]. 2024 [cité 2 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mettre-jour-son-logiciel-metier-pour-envoyer-des-feuilles-de-soins-papier-scannees-scor>
- 34) WONCA. BYLAWS [En ligne]; Novembre 2021 [cité le 4 septembre 2024]. 31p. Disponible:
<https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/aboutWonca/Bylaws%20November%202021%20%5BFINAL%5D.pdf>
- 35) Jean-Baptiste Prunier. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211473

- 36) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
- 37) Rebecca Lemonnier, Paul Aubry. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas- 02345119
- 38) Alexia Setien. Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes- Maritimes entre 2008 et 2016: rapport d'expériences et conseils aux futures générations. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01402344)
- 39) Mehdi Feriani. L'étude des freins à l'utilisation de la NGAP et CCAM chez les médecins généralistes en Franche-Comté en 2022. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04608259
- 40) René PJ, Bourgeois O. Les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées connaissent-ils la nomenclature médicale ? [Internet]. Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil (...-2017, France; 2019 [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2556/>
- 41) Tarifs en métropole [Internet]. [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pau/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
- 42) Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;
- 43) Fabien Gouyette. L'apport de l'assistant médical aux médecins généralistes : étude qualitative sur le territoire de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03998333
- 44) Savine Blainville. Médecins généralistes non conventionnés: motivations et degré de satisfaction. Enquête auprès des médecins de la Seine-Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01380426

- 45) Dozol A. Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés. [En ligne]. Paris DGOS 25, 26, 27 juillet 2016 [cité le 17 sept 2024]. 24p. Disponible: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf
- 46) Minery S. Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ? [En ligne]. Paris: Irdes; Juin 2024 [cité le 17 sept 2024]. 8p. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/290-comparaison-des-soins-ambulatoires-en-france-et-en-allemande.pdf>
- 47) Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.
- 48) Texte final de la convention médicale 2024 [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>
- 49) Revalorisation de la consultation chez le généraliste à 30 euros : le soutien syndical est acquis. 1 juin 2024 [cité 10 sept 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/06/01/revalorisation-de-la-consultation-chez-le-generaliste-a-30-euros-le-soutien-syndical-est-acquis_6236781_3224.html

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021

Graphique 10 - Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Généralistes										
Libéral	63 238	62 007	61 358	60 371	59 288	57 987	57 201	55 886	55 170	53 878
Mixte	4 758	5 578	6 186	6 632	7 004	7 464	7 553	7 738	7 775	7 933
Salarié hospitalier	16 848	17 252	17 530	17 775	18 040	18 326	18 655	18 751	18 736	18 573
Autre salarié	15 277	14 986	14 946	14 975	14 948	14 828	14 643	14 381	14 243	14 154
Ensemble	100 121	99 823	100 020	99 753	99 280	98 605	98 052	96 756	95 924	94 538
Autres spécialistes										
Libéral	45 637	44 492	43 652	42 823	42 062	40 553	39 874	39 175	39 375	39 111
Mixte	12 662	14 206	15 111	15 721	16 265	17 504	17 574	17 905	18 309	18 253
Salarié hospitalier	43 560	44 612	45 464	46 646	47 806	48 758	49 562	49 705	50 374	51 207
Autre salarié	10 650	10 507	10 604	10 597	10 783	10 681	10 759	10 833	10 924	11 115
Ensemble	112 509	113 817	114 831	115 787	116 916	117 496	117 769	117 618	118 982	119 686

Note > On considère comme libéral tout professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme libéral ; l'exercice est mixte quand le professionnel cumule activité libérale et salariée ; un salarié hospitalier est un professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme salarié d'un hôpital, public ou privé ou d'un centre anti-cancer ; les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et une au moins exercée en dehors de l'hôpital.

Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.

Source > RPPS – exploitation DREES.

Annexe 2 : Notice d'information et formulaire de consentement écrit à l'intention des médecins participants :



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Faculté de Santé
Département Médecine Maïeutique Paramédical



DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DUMG)
133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex

Notice d'Information - Recherche qualitative

Vous êtes invité.e à participer à une étude menée par Louvel Charles et Thibault Perrotin dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Toulouse III – Paul Sabatier. Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique). Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

Intitulé de la structure : Université Toulouse III - Paul Sabatier (UPS) représentée par son Président M. Jean-Marc Broto

Procédure de l'étude

Vous serez interrogé.e.s au cours d'un entretien individuel en face-à-face, ou de groupe, afin de réaliser notre travail de recherche visant à mieux comprendre *Les enjeux de la profession libérale en santé*.

Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université.

Destinataires des données collectées

Coordinateur de la recherche : Dr Gaillard Margaux et Dr Verges Yohann.

Investigateurs et responsables du traitement des données : Louvel Charles et Perrotin Thibault.

Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra d'explorer *Les enjeux de la profession libérale en santé*. Elle n'est en aucun cas un moyen de juger de ces pratiques ni d'étudier leur efficacité.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Droits des participants

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées *jusqu'à 2 ans à compter de la date de la soutenance de la thèse concernée par ses données* et seront définitivement supprimées par la suite.

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle Louvel Charles et Perrotin Thibault vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre *genre, âge, durée d'installation et lieu(x) d'exercice*. Ces données seront pseudonymisées et leur identification anonymisée.

Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel auprès de Louvel Charles ou Perrotin Thibault (charles.louvel@hotmail.fr ou tibo.p17@orange.fr) ou du Pr Pierre Boyer, Délégué à la protection des données, Département Universitaire de Médecine Générale – 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex ou par mail dpo@dumg-toulouse.fr

Référence : Astruc A et al. Les données à caractère personnel : quelles formalités réglementaires pour les travaux de recherche en médecine générale ? *Exercer* 2021 ; 172:178-84

Pour nous contacter ou pour toute demande d'information : www.dumg-toulouse.fr

Première ébauche : avril à juillet 2023

Connaissance du contexte convention

- Que pouvez-vous nous dire sur la convention médicale (2016 et 2022) ?
- Pourquoi un échec des négociations selon vous ?
- Qu'avez-vous retenu du règlement arbitral du 28 avril 2023 ? (IPA ?)
- Que pensez-vous du règlement arbitral ?

Expérience personnelle

- Comment appliquez-vous la convention dans votre pratique professionnelle ?
- Comment envisagez-vous la collaboration médecin-infirmier ? Et notamment avec un IPA ?
- Que pensez-vous du modèle de rémunération forfaitaire ?

Attentes / Avenir de la convention

- Quelles sont vos attentes pour les prochaines négociations de la convention ?
- La réussite ou l'échec des négociations influe-t-elle votre décision d'installation ?
- Quels sont vos projets personnels ?

Première proposition de correction

(**Dr Gaillard**) : 10/07/2023

Représentation du contexte convention

- Pour vous, qu'est-ce que la convention médicale ?
 - Question de relance (pourquoi un échec ? qu'avez-vous retenu du règlement arbitral)
- Qu'attendez-vous de la convention médicale ?

Expérience personnelle

- Comment appliquez-vous la convention dans votre pratique professionnelle ?
- Comment envisagez-vous la collaboration médecin-infirmier ? Et notamment avec un IPA ?
- Que pensez-vous du modèle de rémunération forfaitaire ?
 - + rajout d'une question de relance

Attentes / Avenir de la convention

- Quelles sont vos attentes des prochaines négociations de la convention ?
 - La convention influe-t-elle votre projet professionnel ? Pourquoi, comment ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Correction après atelier

méthodologique

(**Dr Gimenez**) : 24/08/2023

Connaissance du contexte convention

- Que pouvez-vous nous dire sur la convention médicale (2016 et 2022) ?
- Selon vous pourquoi les négociations n'ont pas abouties à un accord entre les différents partis
- Qu'avez-vous retenu du règlement arbitral du 28 avril 2023 ?
 - Question de relance : IPA (à part entière si jamais mentionné)
- Que pensez-vous du règlement arbitral ?

Expérience personnelle

- Comment appliquez-vous la convention dans votre pratique professionnelle ?
- Comment envisagez-vous les perspectives de collaborations ? Et notamment avec un IPA ?
- Que pensez-vous du modèle de rémunération forfaitaire ? Si hors sujet, résultats en soit mais à reformuler dans la continuité du guide

Attentes / Avenir de la convention

- Il est prévu que les négociations soient ré-ouvertes. Quelles sont vos attentes pour les prochaines négociations de la convention ?
- La finalité des prochaines négociations influe-t-elle votre décision d'installation ?
 - Pourquoi / comment ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

GUIDE D'ENTRETIEN

“Enjeux de la profession libérale en santé”

Charles Louvel / Thibault Perrotin

Représentation du contexte de la convention :

- Pour vous, qu'est ce que la convention médicale ?
 - Est ce que vous l'avez lu ?
 - [RELANCE] Si hors sujet, laïus récapitulatif : Cadre conventionnel, renouvelé tous les 5 ans qui régit les liens entre les médecins libéraux et la CPAM, signé par les professionnels impliqués lors de l'installation en contrepartie d'engagement de leur part (recommandations de bonnes pratiques, cotation, organisation du système de santé, PDSA...)
- Selon vous pourquoi les précédentes négociations n'ont pas abouti à un accord entre les différents partis ?
- Qu'avez vous retenu des 2 dernières années de négociations de la convention ?
 - [RELANCE] Que pensez-vous du règlement arbitral initialement adopté ? Que pensez-vous de la réouverture des négociations ? (Et de leur finalités ? cf Q7)

Expérience personnelle :

- Comment appliquez-vous la convention dans votre pratique professionnelle ?
- Comment envisagez-vous les perspectives de collaborations ? Et notamment avec un IPA ?
- Que pensez-vous du modèle de rémunération forfaitaire ?

Attentes / Avenir de la convention :

- La convention a été finalement signée par les syndicats majoritaires. Que pensez-vous de cet accord ?
- La convention influe-t-elle votre décision d'installation ?
 - Pourquoi / comment ?
- Avez vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 6 : Talon socio démographique des sujets :

Sujet	Sexe	Âge	Statut	Syndicalisation	Lieu d'exercice	Type d'activité	Nombre d'enfants
S1	F	30	Médecin collaborateur < 1 an	Non	Pau	Semi Rural	0
S2	M	30	Médecin installé < 1an	Non	Montastruc la conseillère	Semi Rural	0
S3	M	34	Médecin installé < 5 ans	Non	Billère	Urbain / Semi Rural	1
S4	F	33	Médecin installé < 5 ans	Non	Billère	Urbain / Semi Rural	1
S5	M	32	Médecin installé < 5 ans	Non	Toulouse	Urbain	0
S6	F	32	Médecin installé < 5 ans	Non	Toulouse	Urbain	0
S7	F	34	Médecin installé < 5 ans	Non	Garlin	Rural	1
S8	F	30	Médecin collaborateur < 5 ans	Non	Mondonville	Semi rural	0
S9	M	31	Médecin hospitalier et salarié (club)	Non	Pau	Urbain	0
S10	M	32	Médecin installé < 5 ans	Oui (MP Réajgir)	Aussonne	Semi Rural	0
S11	F	29	Médecin collaborateur < 5ans	Non	Mondonville	Semi Rural	1
FG1	M	30	Médecin installé < 1 an	Non	Saint Simon (Toulouse)	Semi Rural	0
FG2	F	30	Médecin remplaçant	Non	Toulouse	Urbain / Semi Rural	0
FG3	F	28	Médecin remplaçant	Non	Couronne toulousaine	Semi Rural	0
FG4	F	28	Médecin remplaçant	Non	Toulouse	Urbain / Semi Rural	0
FG5	F	29	Médecin remplaçant	Non	Toulouse	Urbain	0

Entretien 2

19/11/2023

Toulouse

S2

TP Alors, donc le thème un peu global : les enjeux de la profession libérale en santé euh pour toi qu'est-ce que c'est la convention médicale ?

S2 Mmmh... C'est un contrat du coup entre euh la sécu et les médecins libéraux. Euh sur euh différents points donc moi le le le point que je retiens que que je retiens plus c'est le côté euh bah financier bah du coup les il y a les les actes avec euh les codes NGAP etc... et que bah de si on est si on signe la convention on accepte de de respecter euh ce cadre là euh plus la ROSP etc... Voilà, sommairement.

TP Est-ce qu'il y a d'autres choses qui te parle de... là dedans ?

S2 Bah après c'est c'est un peu les les obligations de euh... euh que nous on va avoir de euh (souffle...) de d'appliquer le tiers payant ce genre de choses pour les personnes besoin euh euuh (*réfléchit la main sur le front*) [blanc] ne pas faire de enfin de dépassement ou... Ouais, j'ai pas de de d'éléments plus précis forcément à donner. Enfin sur la convention.

TP Tu l'as déjà lue ?

S2 Pas du tout

TP Ok euh donc dans le contexte actuel, l'année dernière c'était donc la convention tous les cinq ans, renouvelée tous les cinq ans, elle prenait fin en 2022 tous les cinq ans on remet sur la table les négociations pour en créer une nouvelle. Il y a eu un échec des négociations, donc fin 2022 début 2023. Euh pourquoi les négociations n'ont pas abouti à un accord entre les médecins libéraux et la sécurité sociale?

S2 Bah parce que les euh les attentes qui étaient, qui étaient formulées par les médecins de bureau, et ce que la sécu euh euh propose ou est prête à à signer, bah c'est pas pas le même. Euh que ce soit la revalorisation des notamment sur la revalorisation des des actes, des actes en médecin libérale. Du coup il y a le 26.5 là qui est qui s'est qui s'est mis en place il y a pas longtemps. Mais je crois que c'est encore en cours de... enfin, ils sont encore en négociation, donc pour ça aussi que je ne me suis pas penché plus que ça dessus, parce que c'est comme si il y avait eu un prémisses qui est validé et qui met en route. Mais au final on ne sait pas forcément si ça va être le le ... le final ou pas.

Annexe 8 : Avis d'enregistrement CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

M. LOUVEL Charles

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 21/07/2023

sous le numéro : **2023LC100**

Fait à Toulouse, le 23/07/2023


Pr. BOYER



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

M. PERROTIN Thibault

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 21/07/2023

sous le numéro : **2023PT101**

Fait à Toulouse, le 23/07/2023

Pr P. BOYER

Annexe 9 : Grille COREQ :

Figure

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	22
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	22
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	22
Gender	4	Was the researcher male or female?	22
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	46
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	22
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	46
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	22
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	22
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	22
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	22
Sample size	12	How many participants were in the study?	25
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	25
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	22
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	22
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	25
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	23
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	22
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	22
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	22
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	25
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	25
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	23

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	23
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	23
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	23
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	23
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	23
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	23
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	23
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	45
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	46

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Auteurs : Charles LOUVEL et Thibault PERROTIN

Titre : Représentations, attentes et impact de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes

Directeurs de thèse : Margaux GAILLARD et Yohan VERGES

Date et lieu de soutenance : 23 octobre 2024, à la faculté de médecine de Purpan - Toulouse

Résumé :

Titre : Représentations, attentes et impacts de la convention médicale chez les jeunes médecins généralistes. **Introduction** : La convention médicale contractualise une relation entre la sécurité sociale et les médecins libéraux. Comment les jeunes médecins généralistes en phase de primo-installation la connaissent-ils et l'appréhendent-ils ? **Matériel et méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse thématique par entretien et focus groupes menés en présentiel. La population étudiée était des jeunes médecins généralistes exerçant depuis moins de 5 ans en Haute-Garonne et Pyrénées Atlantiques. **Résultats** : Onze entretiens et un focus groupe ont été menés pour atteindre la suffisance des données. La méconnaissance de la convention médicale contrastait avec son importance, notamment sur les questions de conditions d'exercice, de rémunération du médecin, de reconnaissance de la profession, et de nécessité d'attractivité. **Discussion et conclusion** : La convention médicale met l'installation et la pratique du médecin généraliste au centre du système de soin. La complémentarité de son modèle de rémunération peut constituer une source d'attractivité nécessaire à l'amélioration de l'accès aux soins. **Mots-clefs** : Convention médicale - Jeune médecin généraliste - Rémunération - Accès aux soins - Installation - IPA

Abstract :

Title : Representation, expectations and impact of the convention médicale on the young general practitioner. **Introduction** : The medical convention formalizes a relationship between "social security" and doctors. How do young general practitioners in the first-time setting-up phase know about it and understand it? **Material and method** : This was a qualitative study with thematic analysis on interview and focus group conducted face-to-face. The population studied was young general practitioners who work five years or less from now in Haute-Garonne and Pyrénées - Atlantiques. **Results** : Eleven interviews and one focus group were conducted to achieve data sufficiency. The lack of knowledge of the medical convention contrasted with its importance, particularly regarding the conditions of practice, remuneration of the doctor, recognition of the profession, and need for attractiveness. **Discussion and conclusion** : The medical convention places the installation and practice of the general practitioner at the center of the healthcare system. The complementarity of its remuneration model can constitute a source of attractiveness necessary for improving access to care. **Key-words** : Medical convention - Young general practitioner - Remuneration - Access to care - Installation - IPA

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
