

Financement, efficience et régulation économique des soins primaires

Atelier 3

Symposium GFSP

Angers 18 juin 2025

Contexte actuel

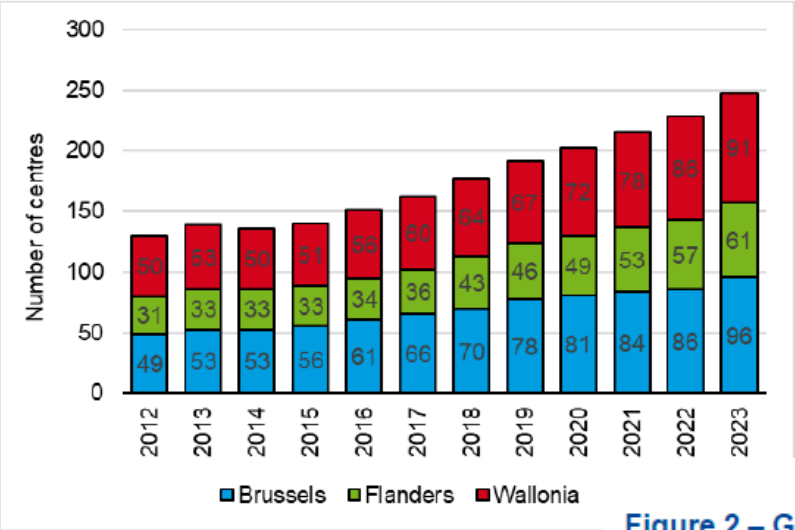
- Demande de soins accrue en soins primaires/MG
 - Maladies chroniques
 - Virage ambulatoire
 - Impact environnemental
 - Pandémie
- Structuration progressive
- Effectifs insuffisants
- Prévalence du Burn-out

Modèles de financement existants

- Financement majoritairement à l'acte
 - Qui comprend près de 20% de financement à la capitation
 - Pratique de groupe monodisciplinaire > pratique soliste
 - Indépendant (self-employed)
- Croissance continue de pratiques qui optent pour le financement forfaitaire
 - Pluridisciplinaires: MKI/MI/MK
 - Implantation majoritairement urbaine
 - Modèle de calcul complexe: risk adjustment
- Modèles cloisonnés

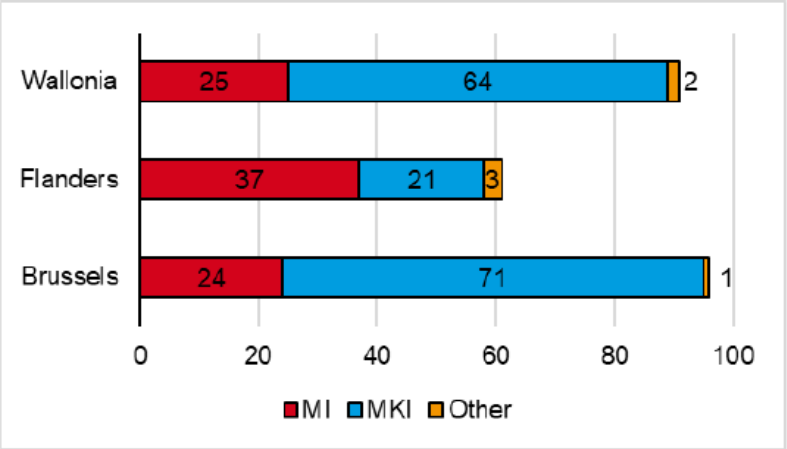
Financement V V V	Modalités de pratique >>>	Pratique ACTE Solo/groupe Mono SANS Appui	Pratique ACTE Solo/Groupe AVEC appui Secrétariat/gestion	Pratique NEWDEAL Solo/groupe mono Sans secrétariat	Pratique NEWDEAL Solo/groupe Mono AVEC appui secrétariat/gestion	Pratique ACTE Pluridisciplinaire	Pratique NEWDEAL Pluridisciplinaire	Pratique FORFAIT Pluridisciplinaire (Forfait Médecin seul uniquement à titre provisoire-2 ans)
Financement acte (classique ou ND) Modulé si accrédité								
Actes Techniques								
INAMI : Honoraires de disponibilités								
INAMI : Honoraires d'accréditation		Si accrédité						
INAMI : DMG								Inclus dans le FORFAIT
Capitation NEWDEAL				Pondéré âge/BIM	Pondéré âge/BIM		Pondéré âge/BIM	
Capitation FORFAIT								Montant variable selon critères
Régions : IMPULSEO 1 Prime installation (1 seule fois)		COCOM BXL : uniquement jeunes médecins ou structure pluridisciplinaire (gradient selon zone géographique) AVIQ- WL : critères géographiques, pour le médecin, quelle que soit la modalité organisationnelle						
Régions : IMPULSEO 2 TELESECRETARIAT								
Régions : IMPULSEO 3 CHARGES SALARIALES			Min 13h de salariat		Min 13h de salariat	Min 13h de salariat	Min 13h de salariat	Min 13h de salariat
INAMI : Prime pratique intégrée		Pondérée selon 7 paramètres d'utilisation d'outils E- Health						
INAMI : Statut Social		SI CONVENTIONNE (Partiellement ou totalement)						
Région : Financement pratique AGREMENT ASI/MM (WL/BXL)						Uniquement si ASBL + (accueil+ min 2 MG+ 1 inf + 1 kiné) + 38h/semaine+ continuité (voir agrément régional)		
INAMI : Financement infrastructure (1 seule fois)			Si > 500 DMG	Uniquement si >500 et < 1000 DMG	Uniquement Si >500 et <1000 DMG	Si > 500 DMG	Uniquement Si >500 et < 1000 DMG	Uniquement si absence de financement public similaire
INAMI : Financement gestion annuelle			Si > 500 DMG	Uniquement si >500 et < 1000 DMG	Uniquement si >500 et < 1000 DMG	Si > 500 DMG	Uniquement Si >500 et < 1000 DMG	Uniquement si absence de financement public similaire
INAMI : Financement gestion NEWDEAL				Uniquement si 2 MG-1 employé- >1000 DMG	Uniquement si 2 MG-1 employé->1000 DMG		Uniquement si 2 MG-1 employé- >1000 DMG	
INAMI : Financement IPMG NEWDEAL				Uniquement si > 1000 DMG	Uniquement si > 1000 DMG		Uniquement si > 1000 DMG	
Commune : financement infrastructure		Dépend des communes/provinces						
Autres aides à l'emploi		Maribel , APE, etc.						

Figure 4 – Number of community health centres per region (2012-2023)



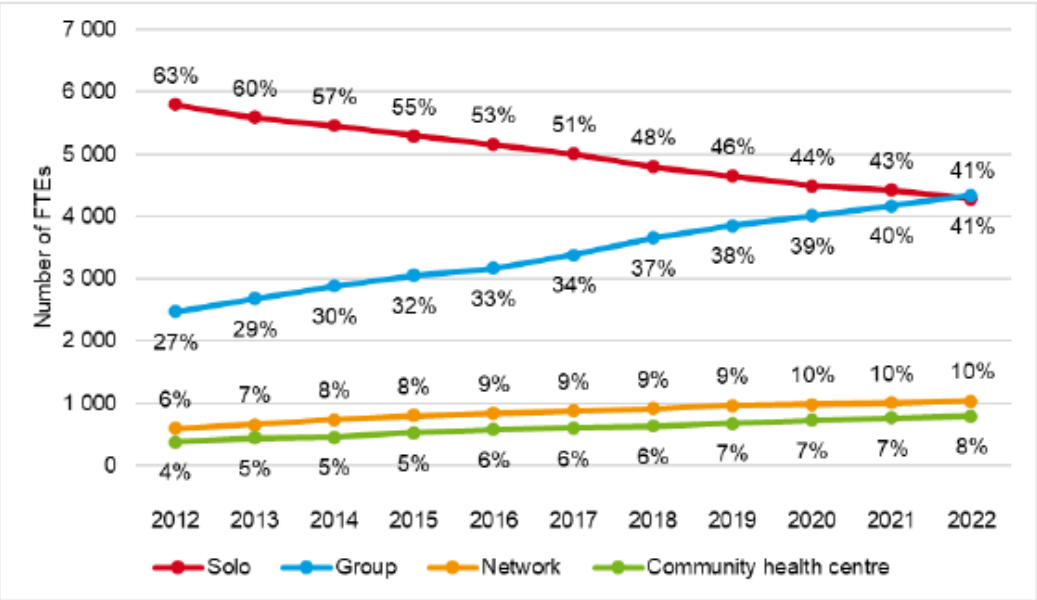
Source: RIZIV-INAMI

Figure 6 – Number of community health centres per type and per region (2023)



MI = GPs and nurses; MKI = GPs, physiotherapists and nurses
Source: RIZIV-INAMI

Figure 2 – GP workforce evolution (FTE) by type of practice, 2012-2022



Source: RIZIV-INAMI

KCE REPORT 345

KCE
National Research Centre for Health Services Research
Centre National d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

DATA REQUIREMENTS FOR RISK-ADJUSTED
CAPITATION PAYMENTS FOR COMMUNITY HEALTH CENTRES
IN BELGIUM

2024 www.kce.fgov.be

"Les maisons médicales voient la médecine générale comme un hamac, ajoute le syndicaliste. Les médecins généralistes qui y travaillent sont plus souvent préoccupés par leur propre confort, bafouent bon nombre d'obligations déontologiques et autres et peuvent compter sur un financement garanti avec une marge de sécurité absolue, qui est encore nourri davantage par les flux d'argent supplémentaires en provenance des communes, des villes, des provinces et d'autres autorités publiques. Tout cela se fait au détriment des médecins généralistes traditionnels qui travaillent dur et gagnent eux-mêmes la confiance de leurs patients, mais se retrouvent concurrencés de manière déloyale par les maisons médicales."

Maisons médicales : 673 patients par médecin (ETP)



Vincent Claes
Rédacteur en chef journal du Médecin

Un audit réalisé par KPMG, à la demande de Maggie De Block, révèle de nombreuses informations sur le fonctionnement des maisons médicales. [redacted] pointe, pour sa part, "bon nombre de dysfonctionnements".

[redacted] s'étonne du nombre élevé de MG en formation employés dans les maisons médicales. "Cela fait réfléchir quant à la potentielle exposition aux pathologies et remet donc en question la qualité de la formation que ces médecins sont en mesure de proposer. L'expérience de la pratique leur importe apparemment peu. L'un des fils conducteurs que l'on retrouve tout au long de cet audit est la préoccupation nourrie par les médecins généralistes au sujet de leur propre équilibre vie privée/vie professionnelle. Cette mentalité 'nine to five' prédomine et ce, aux dépens du lien personnel qu'ils peuvent tisser avec leurs patients et aux dépens de la qualité des soins dispensés à ces derniers. La continuité des soins après les heures de bureau est une considération dont doivent se soucier leurs confrères du système "libéral"."



22/01/18 à 15:00
Mise à jour à 14:57





Evolution des dépenses en maisons médicales : le Dr Pierre Drielsma s'explique

🕒 19 mars 2020 🏢 Socio-professionnel

Dans une analyse périodique inamienne de l'évolution des dépenses dans les honoraires médicaux, qui a circulé dernièrement en médico-mut, se dessine une hausse constante du 'poids' des maisons médicales.



Médecine au forfait: un arrêté et des ajustements qui tardent

🕒 01 août 2019 🏢 Socio-professionnel

La Fédération des maisons médicales est impatiente de voir sortir l'AR qui doit rééquilibrer les forfaits (surtout les forfaits infirmiers). Des iniquités persistent entre régions et selon les structures d'âge. Maggie De Block se plaignait d'anomalies dans le secteur et souhaitait y remédier, observe la FMM. «Mais à présent, elle ne se hâte pas d'activer les corrections».



"Pourquoi la rémunération à l'acte est essentielle pour l'accès aux soins" (Dr S.Ward)

🕒 29 mars 2025 💬 6 🏢 Débats

Le récent article d'opinion publié dans De Morgen par quatre professeurs de médecine générale plaide en faveur d'une transition rapide et large vers un système de rémunération forfaitaire, en réponse aux prétendus « effets pervers » de la rémunération à l'acte. Dans cette tribune, le Dr Ward Sam s'oppose à la médecine forfaitaire et plaide pour la rémunération à l'acte, soulignant que les incitations sont cruciales pour garantir qualité et accessibilité des soins.



Médecine au forfait : 26 000 généralistes et 7,5 milliards d'euros seraient nécessaires (Dr Luc Herry)

🕒 23 décembre 2024 💬 1 🏢 Débats

Le Dr Luc Herry, généraliste et vice-président de l'ABSyM, est très attentif aux répercussions budgétaires des nouvelles mesures envisagées par les Autorités, tant pour l'Etat et les mutuelles, que pour les médecins et la population. Il nous livre ici



La médecine au forfait : ma réponse au Dr Luc Herry (Dr Ph. Burton)

🕒 21 mars 2025 🏢 Débats

Après avoir réagi une première fois à l'article de décembre 2024, dans lequel le Dr Luc Herry (ABSyM) formule des opinions que je considère comme discutables au regard de mon expérience en soins de première ligne, je souhaite aujourd'hui répondre à son article du 13 mars 2025, qui repose à nouveau sur des avis émis par le même intervenant.



Forfaitarisation des médicaments en hôpital : des changements ce 1er Juillet

🕒 06 juin 2024 🏢 Actualités

À partir du 1er juillet 2024, deux adaptations importantes entreront en vigueur concernant la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques dans les hôpitaux généraux, selon une circulaire de l'INAMI.



«La rémunération au forfait ne garantit pas la qualité» (Dr David Simon)

🕒 05 octobre 2022 💬 4 🏢 Débats

La rémunération au forfait est l'obsession de nos Ministres, tant au niveau Fédéral que Régional. Ils n'ont de cesse de marteler que le médecin honoré à l'acte offre une médecine de moindre qualité que celle du médecin rémunéré au forfait. Notre Ministre joue avec le feu car le risque est grand que l'objectif qu'il affirme poursuivre, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades chroniques, s'effondre au contraire comme un château de cartes.



Les maisons médicales au forfait pratiquent-elles une sélection des risques?

🕒 13 février 2023 🏢 Socio-professionnel

Cette interrogation surgit régulièrement dans les débats qui opposent les partisans des maisons médicales au forfait aux partisans de la médecine libérale à l'acte. Le service études et recherches de la FMM a réalisé un travail pour objectiver l'ampleur de la sélection des risques.



Les pratiques forfaitaires, « l'un des modèles d'avenir pour la 1ère ligne »

🕒 13 décembre 2017 🏢 Socio-professionnel

La récente comparaison de l'AIM, entre la médecine au forfait et à l'acte, n'en finit pas de faire parler d'elle. Le GBO invite Maggie De Block à en intégrer différentes leçons dans ce qu'elle décidera pour le secteur des maisons médicales, qu'elle a soumis à un audit. Il en profite pour rappeler être en faveur d'un panachage des revenus des MG.



Pratiques au forfait : des suggestions pour répondre aux objections

🕒 08 mai 2018 🏢 Socio-professionnel

Le groupe de travail mixte sur la médecine au forfait, instauré pour éclairer Maggie De Block sur la façon d'en améliorer le fonctionnement, a rendu une note à la ministre. On y trouve des pistes qui affinent le cadre réglementaire, organisent un financement plus logique et garantissent transparence et qualité.



Téléconsultations: un débat sans conclusion

🕒 20 février 2025 🏢 Socio-professionnel

Le groupe de travail sur les téléconsultations s'est réuni mardi soir et a beaucoup discuté. Les médecins demandent ardemment une remise en route du remboursement. Les mutuelles ont exposé leur vision. Les syndicats ont présenté leurs vues et des propositions ont été faites. Mais aucune décision n'a encore été prise.



Les maisons médicales ont tout à fait leur place dans le système de santé selon l'AIM (étude)

🕒 08 décembre 2017 🏢 Socio-professionnel

Les maisons médicales au forfait coûtent autant à l'assurance-maladie que les prestations traditionnelles à l'acte. Pour l'Agence InterMutualiste (AIM), les soins dispensés dans les centres forfaitaires sont toutefois moins chers et même de meilleure qualité concernant un certain nombre d'indicateurs, selon une étude.

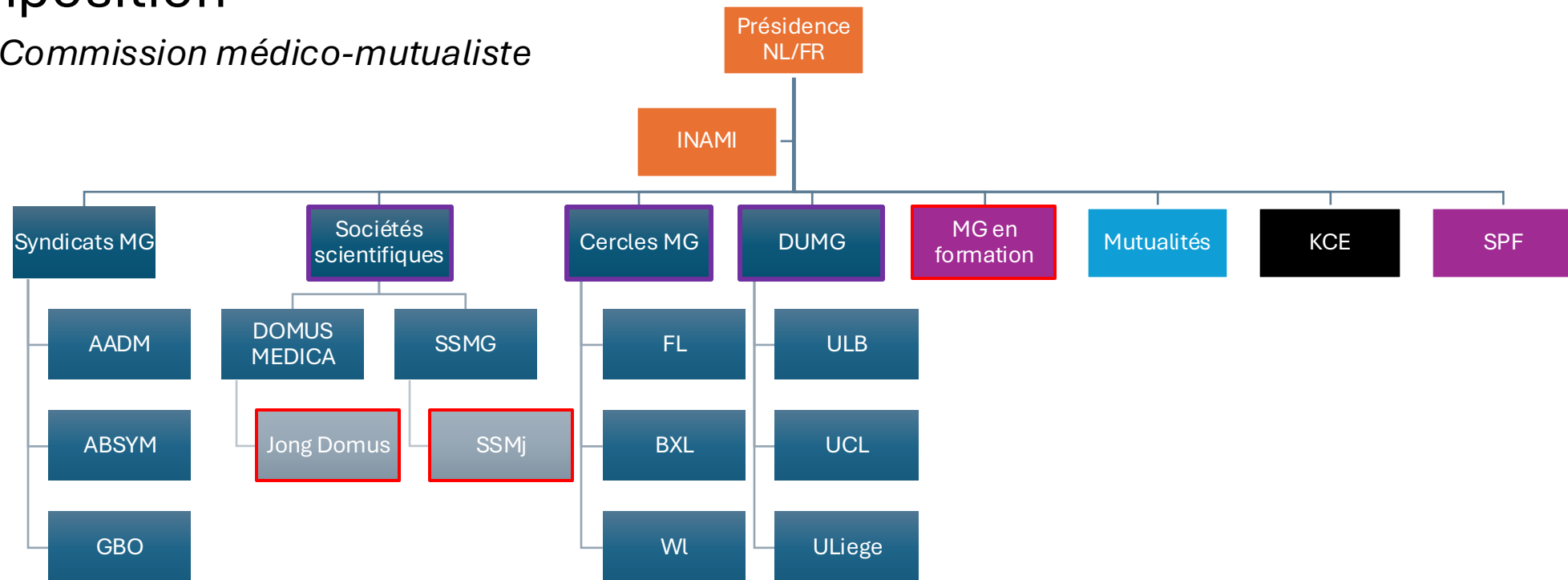
Juin 2022 :Vers un NEWDEAL pour la Médecine générale

- Nouvelle modalité de financement
 - Suffisamment distincte des 2 autres
 - OPT-IN
 - Caractéristiques clefs
 - Stimulant pour le professionnel
 - Garant de l'accessibilité pour le patient
 - Garant de continuité
 - Reconnaît les activités hors-contact
 - Favorise l'utilisation rationnelle des ressources
 - Simple sur le plan administratif
- Autres chantiers
 - Simplification administrative
 - Organisation des gardes/permanence des services
 - Planification et gestion de l'installation

Groupe de réflexion NewDeal

- Composition

- > *Commission médico-mutualiste*



Relais vers leurs bases respectives ...

Groupe de réflexion NewDeal: méthode de travail

- De septembre 2022 à janvier 2023
- Rythme soutenu
 - 1x/2 semaines
- Demande d'investissement pour les représentants
 - Demande de feedback aux participants
 - Document de synthèse
 - Convergences et divergences
 - Discussion

- Mobilisation d'équipes de recherche universitaires (KUL-ULiege)
- Collecte de la littérature scientifique et recommandations
 - Apport KCE: 5 études de cas nationaux
- Approche directe du terrain
 - Groupes focalisés: 2 sessions
 - Enquête en ligne

→ Rapport final (« convergence maximale »)
→ Propositions sur base des conclusions

Groupe de réflexion NewDeal

- Séquence chronologique des thématiques traitées



Qu'attend-on d'un cabinet de médecine générale ? **Quels soins** doit-il proposer ?



Comment développer la **relation avec le patient** ?



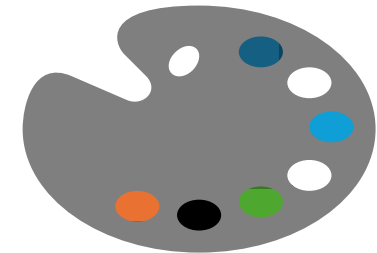
Pour ça, quels **profils** professionnels (y compris de support) doivent se retrouver au sein du cabinet ?



Quel **modèle de financement alternatif et mixte** (au forfait et à la prestation) faut-il mettre en place dans ce cas ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement assure un bon équilibre entre liberté et responsabilité quant à l'offre de soins ?

Enquêtes de terrain: Groupes focalisés-GLEM

- GLEM: Groupe locaux d'évaluation médicale
 - Part de l'accréditation
 - Local + monodisciplinaire
- 61 candidatures (publication Site INAMI)
- Sélection en aveugle sur bases de critères de diversité (présents dans chaque GLEM): âge, modalités de pratique, localisation
- 11 groupes focalisés
 - 5 NL ; 1 BXL-NL et 1 BXL-FR; 4 WL
 - ≈120 MG à chaque tour
- 2 réunions entre octobre et décembre



Groupes focalisés-GLEM: modèle de financement

<i>Caractéristiques mode de financement</i>	Prestation	Forfait capitation
Stimulant	(+) récompense, autonomie, volume (-) insuffisant pour situations complexes	(+) flexibilité, planification, situation complexe (-) insuffisant sur bases actuelles
Accessibilité Patient	(+/-) utilité TM discuté (-) sélection patientèle possible	(+) accès financier (-) sélection patientèle possible
Continuité et disponibilité	(+) disponibilité via incitant à la prestation	(-) réduction accessibilité horaire possible
Activités hors contact	(-) non reconnue, délégation difficile	(+) reconnue, délégation possible via flexibilité
Utilisation rationnelle	(-) risque sur-offre (consequence: sur-consummation)	(+) réduction sur-consommation (-) risque sous-offre (-) risque de sur-consummation
Simplicité administrative	(+) TM= choix du MG (-) insuffisant pour complexité et variété, trop complexe	(+) pas de code, pas de facturation (-) process IN trop facile, OUT trop lourd Peur dépendance organisme payeur



Aucun mode de financement
(de la médecine générale)
n'est vertueux en soi

Enquête en ligne

- Démographie
- Type de pratique et composition
- Satisfaction dans le système actuel
- Quantifier les besoins de soutien
- Facilitateurs et obstacles au nouveau système
- Discrete choice experiment/choix de scénario souhaitable



Un New Deal pour Médecine Générale

En juin 2022, le ministre Van Lancker lance un New Deal pour la médecine générale. Un élément de ce New Deal est la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et de financement.

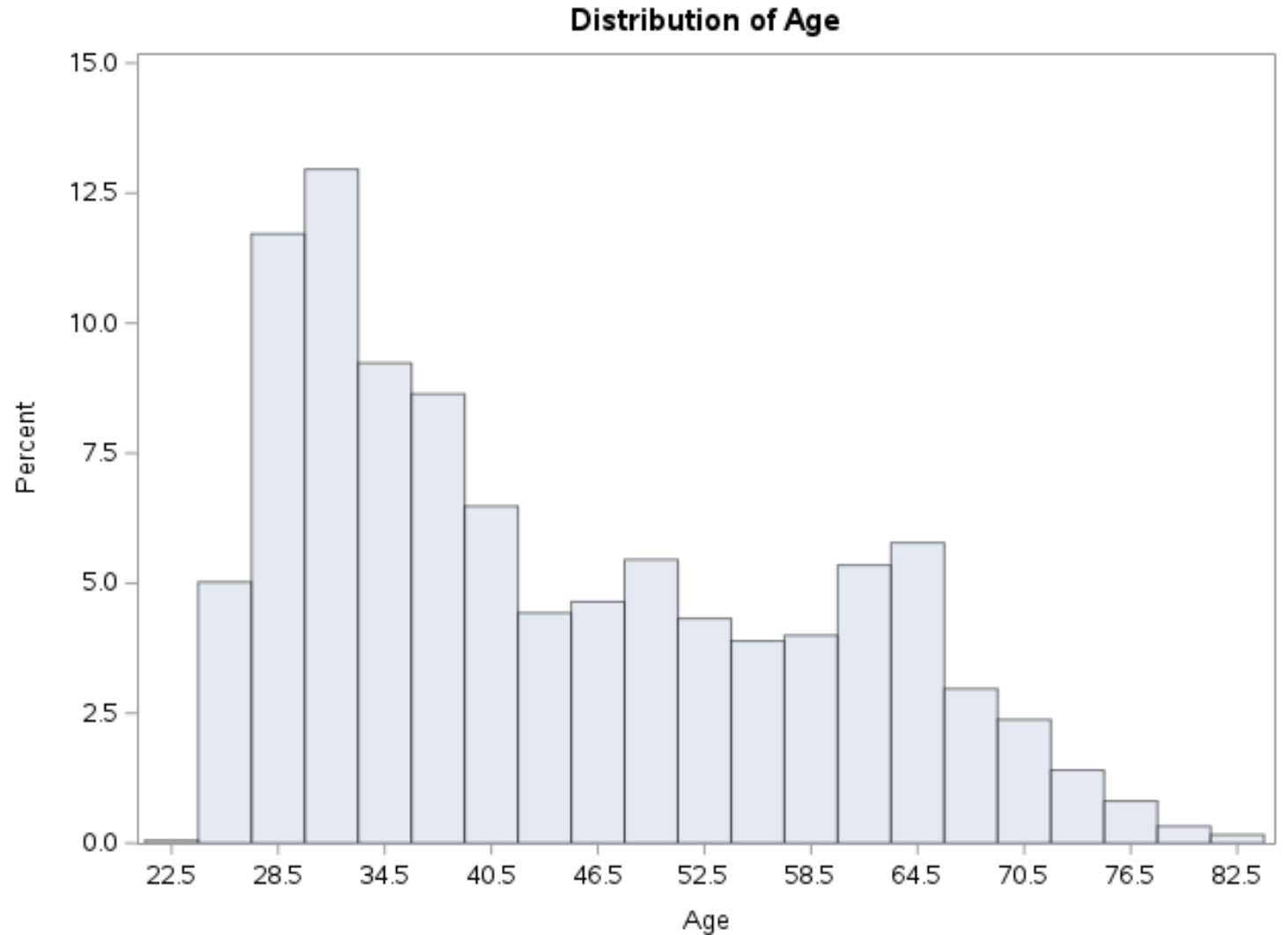
Êtes-vous un médecin généraliste ? souhaitez-vous donner votre avis sur ce sujet ? Remplissez ensuite ce questionnaire en ligne (jusqu'au 5 Février).

KU LEUVEN



Enquête en ligne: démographie

- 2453 répondants
 - Complet: 835 FR (45,1%), 1017 NL (54,9%)
- Âge médian: 40 ans (solo 57a., groupe 36 a)
- 44% Hôs, 56% Fês
- 83% en pratique >1000 DMG



Enquête en ligne: modèle financier

- Satisfaction avec leur modèle actuel
 - Très satisfait: 15%
 - Satisfait: 58%
 - Pas satisfait: 24%
 - Pas du tout satisfait: 4%

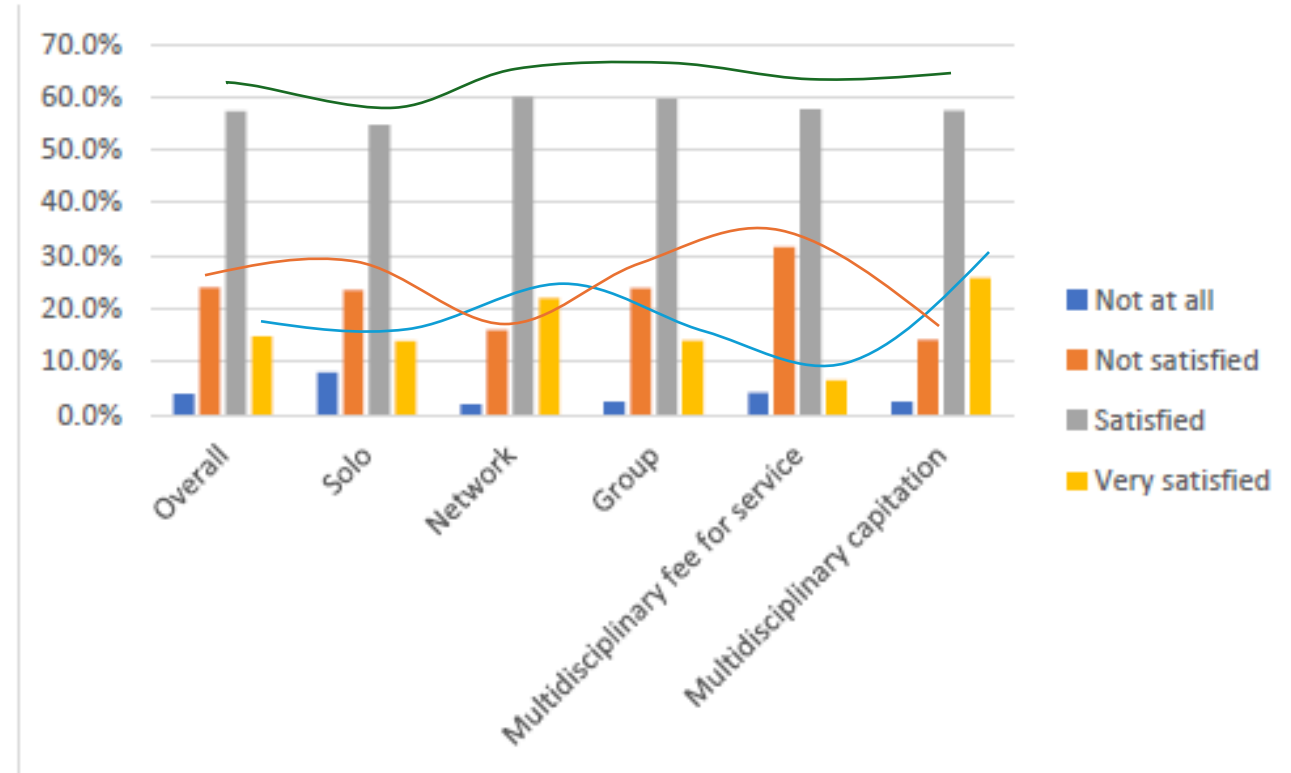


Figure 7: Satisfaction with current financing model

Enquête en ligne: modèle financier

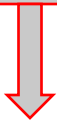
- Satisfaction avec leur modèle actuel
 - Très satisfait: 15%
 - Satisfait: 58%
 - Pas satisfait: 24%
 - Pas du tout satisfait: 4%
- 81% ne veut pas changer pour l'autre modèle
- 70% pourrait changer vers un nouveau modèle de financement
 - Plus élevé auprès des médecins plus jeunes (76% vs 64%)
 - Craintes: pertes de revenus et charge administrative

Enquête en ligne: Différents scénarios

Choix du scénario, en comparaison de la situation actuelle (statu quo)	Fréquence de choix
Délégation des tâches vers un.e infirmier.e et un temps de travail hebdomadaire réduit	80,1%
Délégation des tâches vers infirmier.e et autres soignant.s et des temps de consultation plus long	74,5%
Délégation des tâches vers un.e infirmier.e et possibilité d'augmenter la patientèle et les revenus	72,4%
Délégation des tâches vers infirmier.e et autres soignant.s et temps de travail réduit, patientèle plus petite et revenus plus faibles	41,9%
Délégation des tâches vers infirmier.e et autres soignant.s et consultations plus courtes et revenus plus faibles	34,3%

Proposition NEWDEAL

ENGAGEMENT
NEW DEAL
MINIMAL



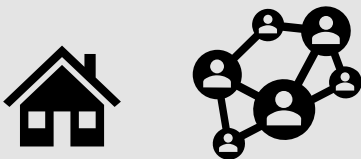
MG accrédité

Solo



ou

Groupe



Enregistré(s)
Dossiers communs-Logiciel labellisé
Concertation-Coordination

Quel que soit le
nombre de patients
ou de médecin(s)

Financement par Capitation augmenté et pondérée
Financement à la Prestation réduit mais conservé



OPTIONNEL

Quel que soit le
nombre de médecin(s)

Prime pour accord de collaboration avec Infirmier
actif dans la pratique
Pondéré à la taille de la patientèle



Seuil 1000 patients
Min INFI 12h/semaine

Seuil 1000 patients
Min. 1 salarié
Min 2 médecins

Prime pour la gestion de la pratique



Financement par Capitation augmenté et pondérée Financement à la Prestation réduit mais conservé

Montants de la rémunération pondérée par patient (financement par capitation)

Pseudo-code	Âge et statut du patient	Honoraires annuels	Montant trimestriel
107273	Jusqu'à 25 ans sans statut d'intervention majorée	50,60 EUR	12,65 EUR
107295	Jusqu'à 25 ans avec statut d'intervention majorée	83,95 EUR	20,99 EUR
107310	De 25 ans à 60 ans sans statut d'intervention majorée	66,38 EUR	16,60 EUR
107332	De 25 ans à 60 ans avec statut d'intervention majorée	130,40 EUR	32,60 EUR
107354	De 60 ans à 75 ans sans statut d'intervention majorée	76,42 EUR	19,11 EUR
107376	De 60 ans à 75 ans avec statut d'intervention majorée	148,75 EUR	37,19 EUR
107391	À partir de 75 ans sans statut d'intervention majorée	101,29 EUR	25,32 EUR
107413	À partir de 75 ans avec statut d'intervention majorée	202,41 EUR	50,60 EUR

Montants de la rémunération à l'acte : Honoraire ajusté pour un patient avec relation thérapeutique fixe

Code	Prestation de référence	Description	Honoraires	Part patient BIM*	Part patient BIM* non-BIM*
107435	101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	15,96 EUR	1 EUR	4 EUR
107450	103095	Supplément pour une consultation ou une visite inhabituelle du médecin généraliste	17,91 EUR	0 EUR	0 EUR
107472	101673	Vidéo-consultation par un médecin généraliste	14,28 EUR	1 EUR	4 EUR
107494	103132	Visite à domicile par le médecin généraliste	27,98 EUR	2 EUR	8 EUR
107516	103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires	22,38 EUR	2 EUR	8 EUR
107531	103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires	20,98 EUR	2 EUR	8 EUR
107553	106610	Visite par un médecin généraliste chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos, par bénéficiaire	27,98 EUR	2 EUR	8 EUR



Le New Deal m'a sauvé (Dr Jimmy Navet)

26 décembre 2024 6 Débat

Le Dr Jimmy Navet, médecin généraliste en milieu rural, partage son expérience avec le New Deal, un modèle qui, selon lui, a transformé sa pratique. Face à une surcharge de travail insoutenable, il a choisi de franchir le pas.

les generalistes et les urgentistes.

Un New Deal mal perçu

Le New Deal proposé par Frank Vandenbroucke en médecine générale n'a pas rencontré le succès escompté. Pourquoi, selon vous? Êtes-vous favorable, personnellement et syndicalement, à ce système à trois volets (actes, forfaits, primes)?

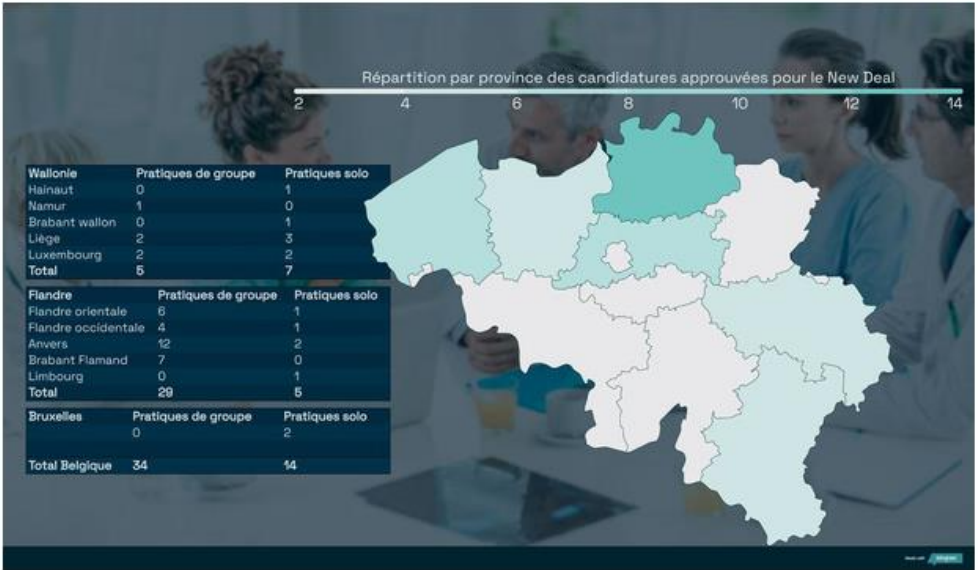
Les réticences viennent sans doute de la crainte du changement, de l'incertitude quant à la pérennité du système, du manque de ressources humaines côté francophone (notamment en assistants et infirmiers de pratique), et du coût résiduel pour les cabinets, puisque l'infirmier n'est pas totalement pris en charge. À titre à la fois personnel et syndical, je trouve aberrant de maintenir trois systèmes parallèles. Il faudrait avoir le courage politique d'imposer un modèle unique, efficace et qualitatif.

Mise à jour le 10/04/25 à 15:38



New Deal: Comment expliquer la frilosité des MG?

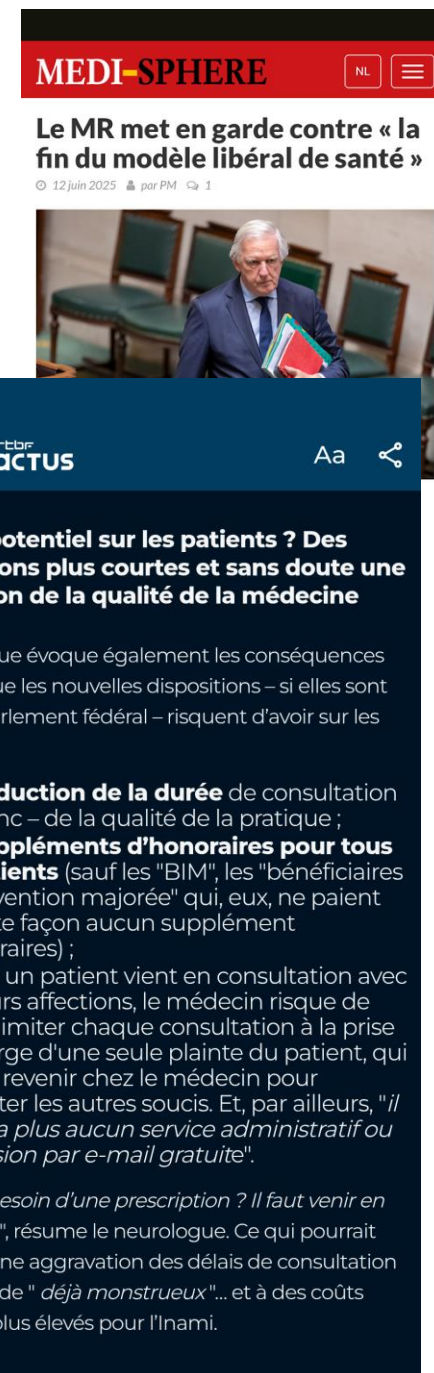
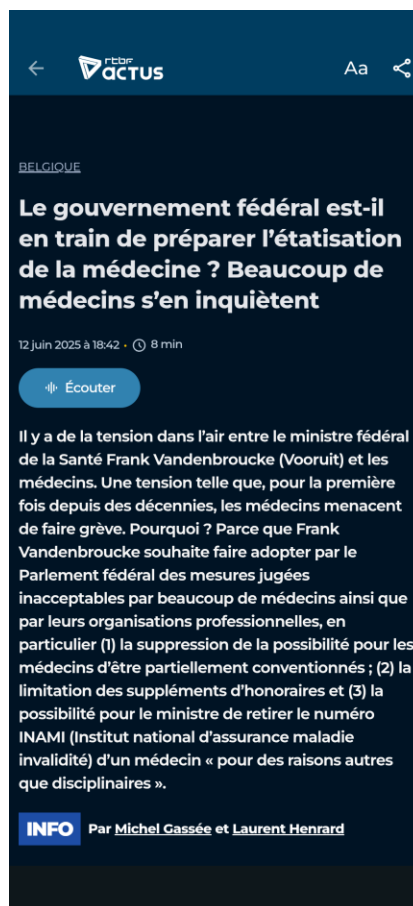
Le 15 janvier dernier, le Comité de l'assurance de l'Inami a validé 48 candidatures pour le New Deal. Au total, 158 médecins généralistes tenteront l'aventure du New Deal le 1er avril prochain. Pour certains, ce chiffre est faible et peu étonnant. Pour d'autres, ce n'est pas si mal. "L'impact de ces pionniers ne doit pas être sous-estimé", souligne notamment le ministre Vandenbroucke.



L'annonce de l'Inami a rapidement été suivie de nombreux commentaires sur les réseaux. La majorité estime que les résultats sont "attendus" et "peu surprenants", surtout côté wallon. Néanmoins la lecture des chiffres bruts peut être trompeuse et une analyse peut les éclairer sous une nouvelle lumière.

Évolutions récentes en Belgique (hier)

- Loi-cadre proposée par le ministre
 - Plafonnement des suppléments d'honoraires
 - Lier l'octroi de primes de pratique au respect des tarifs (conventionnement)
 - Pas de conventionnement partiel
 - Retrait de numéro INAMI (prestation) en cas de fraudes
 - Représentation syndicale en lien avec conventionnement des membres
- Réactions ➔



Singuliers généralistes

10:18 Mercredi 18 juin shs.cairn.info 98 %

CAIRN · INFO SCIENCES HUMAINES & SOCIALES Vos mots-clés

Article Auteur(e)s Sur un sujet proche PDF

Statut libéral et fonctionnarisation

La moitié des généralistes exerçant en ville le font en cabinet de groupe, ce qui contredit l'image de praticien indépendant du modèle dit « libéral » (individualiste). Cependant, ces groupes sont le plus souvent des mises en commun de moyens, les honoraires restant perçus individuellement, et ils ne remettent donc pas en cause le caractère individualiste de l'exercice quotidien.

De même, il est montré dans le chapitre 4 (G. Bloy) que la symbolique de la profession libérale l'emporte sur les intérêts immédiats : pour maintenir la fiction d'une profession libérale, les syndicats de généralistes s'interdisent toute négociation avec les pouvoirs publics qui reposerait sur le principe de la politique des revenus. En effet, cela pourrait impliquer l'idée que les médecins travaillent pour une mission de service public sous le contrôle des caisses ou de l'État et pourrait entraîner concrètement un contrôle de la qualité du service rendu par des institutions extérieures à la profession. La fiction entretenue est celle d'un marché dans lequel le tarif de l'acte jouerait le rôle de prix d'équilibre. G. Bloy montre alors comment la profession et ses représentants défendent les revenus sans jamais en parler : les négociations tarifaires portent sur l'art de concéder des « bonnes pratiques » qui devraient de toute façon être pratiquées par les médecins en échange de revalorisation des tarifs, les troupes sont appelées à jouer un rôle important en tarifant « en marge de la loi » au tarif de spécialiste pour tester la réponse juridique.

Cette fiction libérale a des conséquences négatives sur les médecins et l'exercice de la médecine en France, comme le montre le stimulant chapitre 6 (S. Rosman), qui examine les comportements de prescription sur la base d'une comparaison entre la France et les Pays-Bas. Son analyse des discours et pratiques dévoile une différence de logique liée à l'existence de l'avance de frais en France (alors que les patients néerlandais ne payent rien au moment de la visite) : comme le médecin français doit attendre un paiement de la part de s

Besoin d'aide ?

10:36 Mercredi 18 juin shs.cairn.info 96 %

CAIRN · INFO SCIENCES HUMAINES & SOCIALES Vos mots-clés

Article Auteur(e)s Sur un sujet proche PDF

autrefois contraints à des choix de carrières à donner plus d'importance à leur vie privée en choisissant la niche professionnelle modifiée par les femmes.

Ce changement de statut apparaît clairement dans les transformations des modalités d'installation, étudiées par F.-X. Schwyer (chapitre 21). L'installation n'a plus le même sens (artisanal ou de compagnonnage) qu'auparavant : les jeunes généralistes ne veulent plus du modèle traditionnel du généraliste notable (modèle rural ou de petite ville) dévoué à sa clientèle et à son métier et confondant sa vie privée avec sa vie professionnelle. Le médecin de nouvelle génération cherche maintenant une occupation qui ressemble à celle d'un salarié, avec des horaires « normaux » et prévisibles et des capacités de mobilité, formation et variété dans le métier pour le rendre intéressant. La question des horaires est intéressante et traitée de manière parfois confuse dans le chapitre : les jeunes médecins affirment tous vouloir travailler de manière normale, ce qui signifie travailler moins que le généraliste standard des générations passées. Pourtant, les analyses statistiques (Dormont et Samson, 2009^[10]) indiquent que les cohortes les plus jeunes travaillent en moyenne plus que celles qui les précèdent immédiatement (en gros, le minimum est atteint pour les cohortes installées entre 1978 et 1985) – une manière simple de réconcilier les deux faits (volonté de travailler moins et moyenne de temps de travail en hausse) est que les cohortes nombreuses (avant l'effet du *numerus clausus*) sont composées de généralistes travaillant encore beaucoup, selon le modèle traditionnel, et d'autres travaillant peu, pas assez en tout cas par rapport à ce qu'ils voudraient gagner. Les généralistes des cohortes les plus récentes se situent finalement entre deux extrêmes : dans les cohortes précédentes, marquées par le modèle traditionnel, certains médecins travaillaient beaucoup, et d'autres très peu car « il y avait trop de médecins ». L'évolution est donc vers une standardisation de la durée du travail de généraliste.

Autre élément saillant de cette transformation, le rachat de clientèle semble avoir disparu (faute de demande, certainement, et au détriment de l'offre) – F.-X. Schwyer interprète cela comme le résultat de la baisse de la densité depuis 1985 et le *numerus clausus*. Une autre explication possible est que les médecins veulent maintenant s'installer dans

Besoin d'aide ?



Réflexions

- Distinguer le mode de financement de la pratique et la rémunération du professionnel?
- Comment conjuguer...
 - Profession libérale, privée, indépendante
 - Utilisation de fonds publics et orientation à finalité publique?
- Robustesse par la diversité, confusion par l'hétérogénéité?
 - Vers un système unique qui permet la flexibilité?
- Quelle extension aux autres professions de soins primaires?
- ...

