



# Factographie

Médecin Généraliste

# SOMMAIRE

<b>Les points clés</b>	<b>page 3</b>
<b>1 - Le contexte dans lequel le médecin exerce son métier</b>	<b>page 4</b>
<b>2 - Sa structure juridique, fiscale et réglementaire</b>	<b>page 8</b>
<b>3 - Son environnement professionnel</b>	<b>page 14</b>
<b>4 - Sa protection sociale</b>	<b>page 22</b>
<b>5 - Comment l'aborder sur le plan commercial</b>	<b>page 23</b>
<b>Annexes</b>	<b>page 26</b>
<b>Textes de loi</b>	<b>page 28</b>

## CHIFFRES CLES

- **Effectifs :**

**54 061** médecins spécialistes,

**53 926** médecins généralistes dont 6 051 médecins référents,

**6 526** médecins à exercice particulier (acupuncteur, homéopathe...).

**48,8%** des nouveaux inscrits à l'Ordre sont des femmes.

**322 médecins** pour **100 000 habitants** en France.

La plus forte densité médicale se note dans les départements du sud de la France.

- **Pyramide des âges**

L'âge moyen est de **49,2 ans** pour les hommes et de **45,7 ans** pour les femmes.

- **Créations**

**2 700** installations contre **1 700** départs en retraite

- **Investissement de départ**

**45 000 €** (matériel et rachat de clientèle)

- **Temps de travail hebdomadaire**

**60 heures** environ

- **Nombre annuel d'actes**

**3800 actes** dont **7 %** de visites à domicile

- **Revenus moyens annuels**

En secteur 1 (conventionnés) : **63 000 €**

En secteur 2 (conventionnés, honoraires libres) : **59 800 €**.

Mais **12 %** des omnipraticiens ont un revenu disponible proche du SMIC.

Entre 2001 et 2004 le revenu net des généralistes a progressé de **4,2 %** en moyenne par an. (source : Carmf 2005)

# 1 - Le contexte dans lequel le médecin exerce son métier

Selon le code de la santé publique, le médecin est celui qui « prend part habituellement ou par direction suivie à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés ».

## 1-1 SES ÉTUDES

Elles se déroulent en trois cycles au sein d'une faculté de médecine, associée à un CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

La France compte 44 facultés de médecine aujourd'hui.

La durée des études varie de 9 ans (médecine générale) à 11 ans (spécialité + sous spécialisation).

- **Premier cycle** : PCEM1 (premier cycle des études médicales) ou P1

La première année, essentiellement théorique, se termine par un concours permettant l'accès à la suite des études (médecine, études dentaires ou école de sage-femme)



La réforme visant à incorporer plus de débouchés à l'issue de ce concours, jusqu'à en faire une première année des études de santé (PAES) n'a pas eu lieu et semble avoir été abandonnée. Seul le métier de kinésithérapeute sera progressivement ajouté comme débouché de cette année de sélection. Il est à noter que certaines écoles paramédicales privées exigent un classement en PCEM1 pour leur admission, sans que cela ne soit officiel.

- **La deuxième année** (PCEM2, P2 ou PC2) comporte :

- un enseignement essentiellement théorique de physiologie, anatomie, histologie qui donne suite au programme de P1 sans rupture pédagogique.
- Un stage infirmier obligatoire et non rémunéré de 3 à 4 semaines, à plein temps. Ce stage se déroule pendant les vacances précédant la rentrée des étudiants admis en deuxième année de médecine, de chirurgie dentaire ou de sage-femme.

Le programme des études médicales est national mais l'organisation entre les deux années varie selon les facultés.

- **Deuxième cycle : DCEM1, DCEM2**

La troisième année (DCEM1) est une année de transition où l'étudiant apprend les sciences biocliniques (pharmacologie, bactériologie, virologie, parasitologie...) qui font l'interface entre les sciences fondamentales du premier cycle et les enseignements de la pathologie.

L'enseignement magistral, de plus en plus remplacé par des travaux dirigés, est dispensé en alternance avec des stages hospitaliers : il s'agit de l'externat, qui commence dans la majorité des facultés en DCEM2.

- **L'externat** consiste le plus souvent en 3 stages de 4 mois dans des services de spécialités.

L'étudiant externe, sous la responsabilité d'un interne ou d'un senior, apprend à reconnaître les différents signes d'une maladie. Il n'a pas le droit de prescrire puisqu'il n'a pas de responsabilité thérapeutique jusqu'à l'obtention du module 12 de DECM. S'il valide ce certificat, l'externe jouit de plus de prérogatives.

- Depuis 2004, le DCEM s'achève pour tous les étudiants par des **Epreuves Classantes Nationales (ECN)** qui sont l'ancien concours de l'Internat de Spécialité.

Suivant son classement à ce concours national, l'étudiant choisit sa ville d'affectation puis les services du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) où il effectuera des stages de 6 mois.

- **Troisième cycle : L'Internat**

Il s'agit de stages de 6 mois rémunérés.

Bien qu'il soit considéré comme étudiant l'interne est un professionnel autonome. En effet, il peut prescrire et effectuer des remplacements dans des cabinets libéraux sous certaines conditions.

L'internat dure 4 ans et est validé après l'exécution de l'ensemble des stages.

Il conduit au Diplôme d'Etudes Spécialisées ou D.E.S.

L'étudiant effectue une thèse en parallèle.

Le cru 2005 des « épreuves classantes nationales », ouvrant la voie au troisième cycle des études en médecine, confirme la tendance du moment, à savoir :

- une relative désaffection pour la médecine générale ;
- un attrait pour les facultés géographiquement situées dans des régions considérées comme attrayantes ;
- un nombre important de femmes inscrites au troisième cycle des études de médecine qui choisissent naturellement certaines orientations (gynécologie médicale, médecine du travail, endocrinologie...)

(Étude 2006 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques)

### • Numerus clausus

Ce terme latin désigne le nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé, qui sont réglementées.

En France, il a été mis en place par Simone Veil en 1971.

Cette loi a provoqué des manifestations étudiantes.

Le numerus clausus a plusieurs objectifs :

- Réguler le nombre de professionnels diplômés,
- Limiter le nombre d'étudiants dans des filières avec beaucoup de stages, dont la qualité serait amoindrie par un surnombre,
- Dans une bien moindre mesure, assurer une capacité de travail et de mémorisation minimale par une sélection drastique, dans l'optique d'études longues et difficiles.

La modalité d'application du numerus clausus est le concours qui répond à l'exigence républicaine d'égalité des chances.

## 1-2 SON ACTIVITE

Le contexte général de la profession est marqué par les réformes successives du système de santé.

Les ordonnances d'avril 1996 (plan Juppé) ont rendu effectif le projet de mécanisme de régulation des dépenses s'inspirant du plan appliqué en Allemagne depuis le début de l'année 1993 : dès que les dépenses dépassent le taux fixé par les pouvoirs publics, les professionnels de santé subissent des pénalités financières.

Les négociations de fin 2001 ont permis une très légère revalorisation des tarifs, jugée encore insuffisante par l'ensemble de la profession : la consultation au cabinet passe à 20 euros.

Certains praticiens doivent multiplier les actes pour maintenir leur niveau de vie.

Années	Augmentation en % du montant des honoraires
2001/2002	+ 6,8 %
2002/2003	+ 6,6 %
2003/2004	+ 5,6 %
2004/2005	+ 4,6 %
2005/2006	+ 4,5 %

Les actes sont de différentes natures : consultations, visites à domicile et divers.

On note une baisse de l'activité essentiellement chez les jeunes médecins pour qui une clientèle insuffisante ne parvient pas à couvrir les frais, d'où l'idée de reconversion vers d'autres secteurs déficitaires en médecins lancée par le gouvernement Juppé (hôpitaux, médecine du travail, milieu scolaire, univers carcéral).

Enfin, les médecins doivent composer entre les caisses d'assurance maladie qui veulent dépenser moins et les patients de plus en plus exigeants.

La dernière réforme en date est la loi 190 du 13 août 2004 sur l'assurance maladie : le médecin généraliste ou spécialiste coordonnera désormais le « dossier médical personnel » des patients.

Le médecin traitant est un dispositif institué par la réforme pour l'Assurance maladie dans lequel le patient devra choisir son médecin traitant, avec l'accord de ce dernier.

Par ailleurs, le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste, notamment pour les patients souffrant d'affection longue durée ou de maladie chronique.

### 1-3 SON PROFIL

Le médecin généraliste doit faire preuve :

- D'une bonne condition physique et psychologique car sa vie professionnelle est éprouvante ;
- D'une grande disponibilité car ses longues journées de travail se déroulent souvent entre son activité libérale en cabinet et son activité libérale à l'hôpital ;
- De qualités d'écoute et de psychologie.

### 1-4 SON ENVIRONNEMENT FAMILIAL



La profession de médecin généraliste n'est pas vraiment une activité que l'on pratique de génération en génération. En revanche, on rencontre fréquemment dans l'entourage immédiat du médecin généraliste une personne exerçant dans le corps médical.

## 2 - Sa structure juridique, fiscale et réglementaire

### 2-1 DONNÉES ÉCONOMIQUES GÉNÉRALES

Le mode d'exercice prédominant demeure l'exercice libéral : 68%.  
La répartition entre l'exercice en cabinet individuel et l'exercice en groupe ou en société est identique et paritaire.

L'exercice hospitalier concerne 22% des praticiens (y compris les libéraux qui ont une activité salariée à temps partiel).

Les 10% restants se répartissent dans les collectivités locales, les administrations, les entreprises, les associations, les écoles.

La part d'exercice en libéral semble augmenter régulièrement au détriment de l'exercice hospitalier.

### 2-2 FORME JURIDIQUE DE L'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ

68% des médecins généralistes exercent en secteur libéral.

Il dispose de plusieurs cadres juridiques pour exercer son activité :

- **à titre individuel :**

Le médecin généraliste est imposé au titre des Bénéfices Non Commerciaux (BNC).

Le bénéfice imposable est celui réalisé au cours de l'année civile même si le contribuable tient une comptabilité de périodicité différente. Ce résultat est déterminé par différence entre les recettes encaissées et les dépenses professionnelles payées au cours de l'année.

- **en société civile professionnelle (SCP) :**

Il s'agit d'une société de personnes soumises à l'impôt sur le revenu.

Cette structure permet à des personnes physiques exerçant la même profession libérale soumise à un statut législatif ou réglementaire d'exercer leur profession en commun. Les SCP relèvent de plein droit du régime d'imposition des sociétés de personnes lorsqu'elles fonctionnent conformément aux dispositions légales qui les régissent. Le bénéfice est déterminé au niveau de la société suivant les règles applicables aux BNC. Il est ensuite réparti entre les associés au prorata de leurs droits et soumis à l'impôt sur le revenu en leur nom propre. Les SCP sont autorisées à opter pour l'impôt sur les sociétés de façon irrévocable.

Le changement de régime fiscal qui en résulte emporte cessation d'entreprise avec toutefois des conséquences atténuées.

- **soit en société d'exercice libéral :**

Ce type de société permet aux membres des professions libérales soumis à un statut législatif ou réglementaire d'exercer en commun leur activité dans le cadre de sociétés de capitaux (SA, SARL, EURL, société en commandite par actions...).

En raison de leur forme, les SEL sont soumises à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun, exception faite pour les SEL constituées sous forme d'EURL dont l'associé est une personne physique qui relèvent du régime des sociétés de personnes.

Selon l'administration, les rémunérations allouées aux associés de SEL sont imposables dans la catégorie des traitements et salaires ou s'ils occupent les fonctions de gérants majoritaires de SARL ou de gérants commandités de sociétés en commandite, dans celle définie à l'article 62 du Code Général des Impôts.

Les disparités géographiques ont peu évolué depuis 50 ans mais elles demeurent fortes : les départements qui enregistrent la plus forte densité médicale sont ceux du sud de la France. A l'inverse les départements du centre et de la banlieue parisienne ont une faible densité médicale.

Par conséquent, il a été établi des mécanismes fiscaux d'incitation à l'installation dans les zones rurales ou périurbaines déficitaires en médecins (décret 2003-1140 du 28 novembre 2003).

### 2-3 LES CONDITIONS RÉGLEMENTAIRES D'EXERCICE

Conformément à l'article L.4111-1 du code de la santé publique, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

- 1 • **titulaire d'un diplôme**, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 ;
- 2 • **de nationalité française**, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie ;
- 3 • **inscrit au tableau de l'Ordre des médecins**, cette dernière condition étant notamment subordonnée à la réalisation des deux premières.  
Une fois inscrit au tableau de l'Ordre, le médecin doit faire enregistrer son diplôme à la préfecture du lieu d'inscription.

Le nouveau médecin doit s'inscrire aussi à l'URSSAF comme professionnel libéral. (statut libéral)

Ces conditions sont cumulatives.

Par dérogation, des médecins français ou ressortissants communautaires ou étrangers qui ne satisfont pas à l'une ou l'autre, voire aux deux premières conditions posées à l'article L.4111-1 du code de la santé publique peuvent être autorisés à exercer la médecine par arrêté individuel du ministre de la Santé.

Les médecins sont soumis au Code de Déontologie Médicale qui leur impose le secret professionnel et l'interdiction de faire de la publicité.

L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout médecin exerçant sur le territoire français sous peine de poursuite pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique ; sanction : 1 an d'emprisonnement, 15000 euros d'amende – article L.4161-5 du code de la santé publique).

Sont dispensés de cette obligation :

- les médecins appartenant au cadre actif du service de santé des armées ;
- les médecins fonctionnaires de l'Etat ou agents titulaires d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine ;
- les médecins ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne effectuant une prestation de service.

Les diplômes, certificats et titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin en France sont d'après l'article L.4131-1 du code de la santé publique :

- Soit le diplôme français d'Etat de Docteur en médecine ;  
Lorsque ce diplôme a été obtenu dans les conditions définies à l'article L.632-4 du code de l'éducation (diplôme « nouveau régime ») il est complété du document annexe précisant la qualification du médecin (médecine générale, DES)
- Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :
  - Un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un de ces Etats et figurant sur la liste établie conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace économique européen, par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
  - Tout autre diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin, acquise dans cet Etat et commencée avant le 20 décembre 1976, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant que le titulaire du diplôme, certificat ou titre s'est consacré de façon effective et licite aux activités de médecin pendant au moins trois années, consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation.

La liste des diplômes admis dans le cadre européen figure en annexe de la directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 modifiée par la directive 2001/19/CE du 14 mai 2001. Elle est reprise par l'arrêté du 18 juin 1981 modifié.

Ce diplôme doit être accompagné le cas échéant d'une attestation de l'Etat membre certifiant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires (article 23 de la directive 93/16/CEE modifiée)

### **Unicité de l'inscription**

L'inscription a pour effet de rendre licite l'exercice de la médecine sur tout le territoire national.

Toutefois, le médecin ne peut être inscrit que sur un seul Tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle (article L.4112-1 du code de la santé publique).

### Conséquences de l'inscription

#### • Cotisation

Les cotisations sont obligatoires (art. L. 4122-2 du Code de la santé publique). La cotisation entière est due par tous les médecins dont l'inscription au Tableau est obligatoire pour l'exercice de leur profession. Elle comporte l'abonnement au Bulletin de l'Ordre des médecins.

#### • Carte professionnelle du médecin

Cette carte est remise d'office par l'Ordre national des médecins à tout médecin qui s'inscrit au tableau de l'Ordre.

La carte professionnelle des médecins, carte spéciale avec photographie, signée du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, simplifie parfois certaines formalités.

Elle est validée annuellement par un timbre millésimé qui est remis au médecin lors du règlement de la cotisation ordinale.

Elle peut, en outre, être utile dans tous les cas où il s'agit, pour le praticien, de prouver non seulement son identité, mais aussi la réalité de l'exercice de la profession médicale.

#### • Carte de professionnel de santé (CPS)

La CPS est distribuée et gérée par le Groupement d'intérêt Public (GIP) « carte de professionnel de santé ».

Cette carte permet l'accès sécurisé à l'information médicale et dans le cadre des échanges électroniques entre professionnels de santé et assurance maladie ; elle assure l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges.

Pour obtenir cette carte, le médecin ayant une activité libérale reçoit de la part de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie un formulaire pré imprimé.

S'il s'agit d'une activité salariée, c'est l'établissement où le médecin exerce qui le lui remet.

Le praticien contrôle les informations le concernant, les corrige éventuellement, signe le formulaire et le renvoie au conseil départemental de l'Ordre des médecins de son lieu d'inscription. Ce dernier le contrôle, le corrige s'il y a lieu, le vise et le fait parvenir à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales qui le vise à son tour et le fait parvenir au GIP-CPS.

Celui-ci émet la carte et l'expédie directement au médecin, à son adresse de correspondance.

### 2-3-1 La création

Les débuts de carrière sont assez difficiles.

En effet, un médecin généraliste réalise en moyenne 2000 actes l'année de son installation (il en réalise plus de 5000 après cinq ans.)

L'âge moyen d'installation avoisine 32 ans.

La concentration médicale pénalise les revenus des médecins les plus en concurrence. Il est important de rappeler que la France manque de médecins généralistes dans les zones rurales et dans certaines banlieues difficiles...

Un nouveau service de conseil de l'assurance maladie propose au médecin généraliste une analyse complète de son futur lieu d'activité professionnelle.

Lors de son installation, le médecin généraliste doit se faire connaître auprès de ses confrères et des pharmaciens du quartier.

### **Art. R.4127-90 du code de la santé publique**

Un médecin ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un confrère de **même discipline** sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre.

Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un **risque de confusion pour le public**.

Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

### **Remarques :**

- Par même discipline, il faut entendre les disciplines reconnues par le règlement de qualification et non les orientations que les médecins ont pu donner à leur exercice.
- Seules les circonstances très particulières (homonymie, configuration des lieux, exercice antérieur en association...) permettent d'estimer qu'il y a un risque de confusion pour le public.

### **2-3-2 Le rachat d'un cabinet**

L'objet est l'acquisition d'un droit de présentation de clientèle.

Le cédant doit effectivement présenter son successeur.

La déperdition de la clientèle est faible si la présentation est bien faite, sinon elle peut avoisiner 20 à 30 %. Des modèles de contrat sont disponibles auprès de l'Ordre National des Médecins.

Même s'il ne s'agit pas d'une vente, les services fiscaux taxent le droit de présentation à une clientèle civile. Le cédant est imposé selon le régime des plus ou moins-values et le successeur devra payer un droit d'enregistrement.

L'offre est actuellement supérieure à la demande, les prix des transactions baissent. La valeur d'une clientèle médicale est souvent estimée à la moitié des honoraires des trois dernières années mais aujourd'hui ce ratio peut baisser jusqu'à 25 %.

### **2-3-3 Les frais d'installation**

Ils sont importants bien que très variables selon les régions :

- Rachat d'une clientèle : en moyenne 40 000 euros en 2002 ;
- Matériel médical : 1 524 euros ;
- Mobilier médical souvent proposé par lot : moins de 1 600 euros ;
- Mobilier d'ameublement : 3 000 euros entre le bureau et la salle d'attente ;
- Fournitures de papeterie : 600 euros ;
- Stock minimum de médicaments et une trousse d'urgence ;
- Abonnements divers à des revues scientifiques ;
- Véhicule de fonction pour les visites et micro-ordinateur ;
- L'acquisition d'un local professionnel peut considérablement renchérir le prix de l'installation.
- L'informatisation complète du cabinet.

L'article de l'ordonnance du 24 avril 1996 dispose que tous les professionnels de la santé seront informatisés en vue de la télétransmission des feuilles de soins. Le choix du logiciel doit être agréé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

### 2-6 Cadre fiscal de l'exercice de l'entreprise

La Caisse Maladie de la Sécurité Sociale et les membres des professions médicales ont convenu d'une Convention concernant les barèmes d'honoraires.

Les médecins sont ainsi classés selon trois secteurs d'activité :

- **les médecins du secteur I** (plus de 80 % des médecins) s'engagent à respecter strictement les tarifs conventionnels imposés au niveau national.
  - 22 € la consultation d'un généraliste à son domicile,
  - 23 € pour les consultations approfondies pour les patients ayant une affection de longue durée,
  - 30 € pour les visites au domicile du patient, réservées depuis octobre 2002 aux personnes qui ne peuvent se déplacer.
- **Les médecins du secteur II** sont conventionnés mais ont opté pour les honoraires libres. Ils paient l'intégralité de leurs charges sociales (20 à 30 % des charges du cabinet).
- **Les médecins non conventionnés.**  
Ils n'ont aucun avantage fiscal ou social.

En cas de dépassement d'objectifs annuels fixés au nom de la maîtrise des dépenses de santé, les médecins doivent rembourser une partie du « trop perçu ».

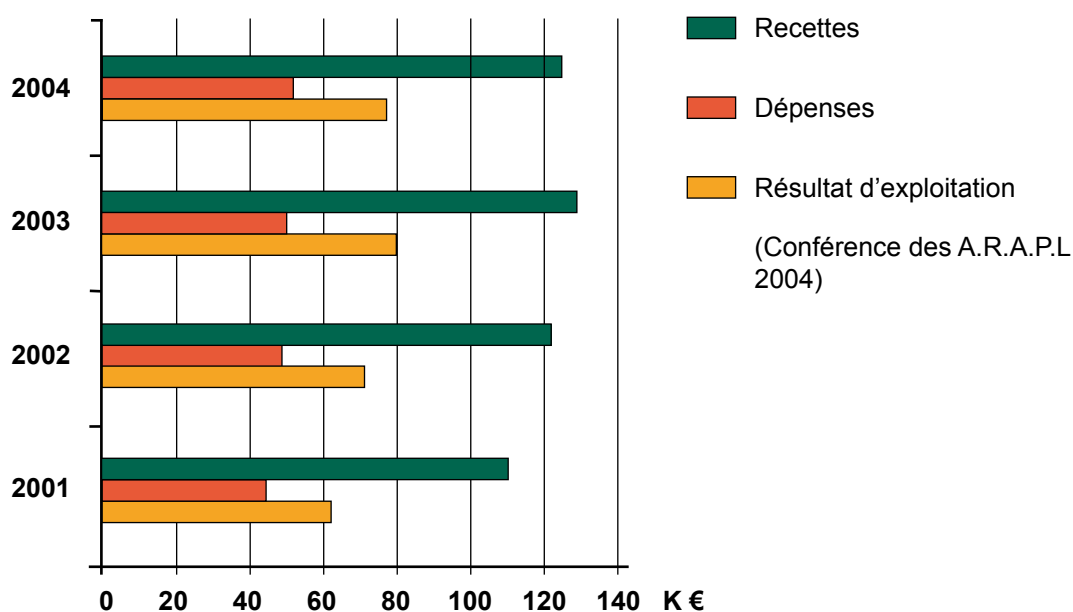
Les médecins généralistes sont payés à l'acte, mais ils subissent des impayés dus aux chèques sans provision.

## 3 – Son environnement professionnel

### 3-1 LES FAITS MARQUANTS DE LA PROFESSION

#### 3-1-1 Evolution économique récente

La rémunération moyenne d'un médecin généraliste est de 61 000 € annuels. Cette rémunération varie énormément selon la localisation, l'ancienneté etc....



#### 3-1-2 Les manifestations annuelles importantes

##### Les entretiens de Bichat

Ce congrès a lieu chaque année en septembre et se tient au Palais des Congrès de Paris.

Cette semaine de congrès réunit des médecins généralistes et des spécialistes français ou étrangers.

##### MEDEC

Depuis une trentaine d'années, ce salon de la médecine regroupe médecins généralistes et médecins spécialistes. Depuis cinq ans, il se tient au Palais des Congrès à Paris

[www.lemedec.fr](http://www.lemedec.fr)

##### HOPITAL EXPO INTERMEDICA

Se tient tous les deux ans porte de Versailles à Paris (au mois de mai en général) en alternance avec le GERONTEXPO.

[www.hopitalexpo.com](http://www.hopitalexpo.com)

## 3-2 ORGANISATION DE LA PROFESSION

### 3-2-1 Le Conseil National de l'ordre des médecins

- **Les origines** (cf. détails en annexe)
- **L'Ordre des médecins** a deux principales missions de santé publique et de protection des patients.

Il est le garant de la déontologie, de l'indépendance des médecins et donc, de la qualité de soins. Il est chargé de « veiller au maintien des principes édicté par le Code de la déontologie », il doit également adapter ce dernier dans l'intérêt des patients et des praticiens. Le Conseil National est aujourd'hui au cœur des grands débats de société comme :

- La fin de vie et l'euthanasie qui ont abouti à la modification de l'article 37 du code de déontologie ;
- L'amélioration et la veille de la qualité des actes médicaux ;
- Les développements de l'informatique de santé en réclamant impérativement la confidentialité des données, l'indépendance des médecins mais aussi une surveillance accrue des informations et publicités accessibles par Internet ;
- La lutte contre les problèmes de démographie médicale avec l'obtention de l'augmentation du numerus clausus à 7000, une meilleure maîtrise contre l'examen classant, la réécriture de l'article 85 du code de déontologie autorisant les médecins à exercer sur plusieurs sites et celle de l'article 87 statuant sur le statut du collaborateur libéral.

En janvier 2006 le Conseil National de l'Ordre des Médecins a fait réaliser une double enquête IPSOS afin de connaître l'état de l'opinion et de médecins eux-mêmes.

Cette enquête montre que le grand public a, en général, une opinion positive de l'Ordre notamment sur son véritable rôle au service des patients.

En revanche, les médecins semblent moins bien connaître l'Institution et ses finalités bien qu'ils soient obligatoirement inscrits et qu'ils en élisent les membres.

#### **Coordonnées du Conseil National de l'Ordre des Médecins :**

##### **CNOM**

180, Boulevard Haussmann - 75008 PARIS

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Tél. : 01 53 89 32 00

### 3-2-2 Syndicats professionnels

Les principaux syndicats sont les suivants :

**La Fédération des Médecins de France.**

Ses coordonnées sont les suivantes :

**FMF**

Fédération des Médecins de France

60, Rue Laugier - 75017 PARIS

Tél. : 01 47 63 40 52

[www.fmfpro.com](http://www.fmfpro.com)

**La Confédération des Syndicats Médicaux Français.**

Ses coordonnées :

**CMSF**

79, Rue de Tocqueville - 75017 PARIS

Tél. : 01 43 18 88 00

[www.csmf.org](http://www.csmf.org)

**Le Syndicat des Médecins Libéraux**

Ses coordonnées :

**SML**

83, Route de Grigny - 93136 RIS-ORANGIS

Tél. : 01 69 02 16 50

[www.gie-sml.fr](http://www.gie-sml.fr)

### 3-2-3 Organismes sociaux obligatoires et spécifiques

Les principaux syndicats sont les suivants :

Il existe des mutuelles dédiées particulièrement aux médecins.

Exemple :

**Caisse d'Autonomie de Retraite des Médecins de France (CARMF)**

**Caisses de retraite (selon les départements)**

Pour le personnel non cadre :

IRSEA du groupe Prémalliance

ou CIRRIC du groupe Vauban

Pour le personnel cadre pour la tranche A :

CAPICAF du groupe Prémalliance

ou CAVCIC du groupe Vauban

### 3-3 REPARTITION DES EFFECTIFS EN FRANCE METROPOLITAINE

Depuis 1980, le nombre de médecins généralistes a fortement augmenté. En effet, ils étaient :

- **49 000** en 1980,
- **et 93 590** inscrits à l'Ordre des Médecins au 1er janvier 2005.

Comme pour les autres spécialités, l'accroissement est notamment dû :

- aux progrès de la médecine,
- à l'augmentation du niveau de vie de la population (engendrant de nouveaux besoins et un meilleur accès aux soins),
- au vieillissement de la population.

Les effectifs se répartissent ainsi :

Moins de 40 ans	18,5 %
Entre 40 et 50 ans	35,8 %
Entre 50 et 55 ans	21,4 %
Entre 55 et 65 ans	22,4 %
Plus de 65 ans	1,9 %

(Source : CNOM 01/01/05)

L'âge moyen d'un médecin généraliste est de 46 ans. Il est plus élevé chez les hommes (48 ans) que chez les femmes (44 ans). (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins - 2005)



Cependant le nombre de médecins par habitant devrait baisser de 24 % d'ici 2015-2020, à cause du vieillissement du corps médical et du départ en retraite des praticiens. (Étude de la DREES)  
De plus, la féminisation croissante de femmes médecins, moins actives, amplifiera les pénuries.

En effet, le taux de féminisation des médecins généralistes est passé de 23% en 1984 à 36% en 1999 pour s'établir aujourd'hui à environ 40%.

D'ici 10 à 15 ans, le ratio sera, semble-t-il, de 50%. (Source : CNOM – 2005)

Pour remédier à cette situation, la barre du numerus clausus est relevée régulièrement :

- **4 700 places** à la rentrée 2001 ;
- **400 places** de plus en 2003 ;
- seuil suivi d'une nouvelle augmentation de 10 % en 2004.

### Le vieillissement

Le rétrécissement visible à la base de la pyramide des âges des médecins en activité traduit un vieillissement marqué de la population médicale malgré l'apport significatif des femmes parmi les générations de moins de 40 ans.

D'ici 10 ans, les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes : les médecins font partie des professions de santé présentant la part la plus importante de praticiens âgés de 55 ans et plus. Le vieillissement est un fait constaté et il n'est que le témoin d'une cause plus grave : un recrutement très insuffisant de jeunes médecins, ce qui explique les difficultés pour trouver des remplaçants et des successeurs au moment des départs. Ce vieillissement accru du corps médical peut donc poser problème : garde, urgences, disponibilités, renouvellement de compétence (formation continue...)

### Densité de médecins généralistes et spécialistes par région

(source : CNOM 2008)

REGIONS	DENSITE
Ile de France	414
Champagne-Ardenne	283
Picardie	260
Centre	271
Basse-Normandie	285
Bourgogne	288
Nord Pas-deCalais	302
Lorraine	306
Alsace	359
Franche-Comté	300
Pays de la Loire	287
Bretagne	314
Poitou-Charentes	300
Aquitaine	360
Midi-Pyrénées	365
Limousin	342
Rhône-Alpes	342
Auvergne	299
Languedoc-Roussillon	374
Provence Alpes Côte d'Azur	419
Haute Normandie	275
Corse	348
<b>TOTAL</b>	<b>7093</b>

### **Compétences** (source : CNOM 2005)

Certains généralistes sont titulaires de compétences (issues de l'ancien régime des études médicales), les plus représentatives sont les suivantes :

- Médecine appliquée aux sports : **6.66%**
- Médecine du travail : **2.24%**
- Gynécologie médicale : **2.04%**
- Angéiologie (ou angiologie) : **1.38%**
- Allergologie : **0.66%**

### **Remarque :**

Les pourcentages sont donnés en fonction du nombre total de médecins généralistes.

### **3-3-1 Effectifs des salariés**

Si le médecin généraliste n'opte pas pour la solution d'un secrétariat téléphonique il emploie une secrétaire médicale.

Celle-ci prend les rendez-vous, accueille les patients, se charge des tâches administratives.

Une entreprise de nettoyage assure la propreté du cabinet.

### **3-4 METIERS ET PROFESSIONS ASSOCIEES**

Le médecin généraliste peut conseiller à son patient de consulter :

- Un médecin spécialiste ;
- Un masseur kinésithérapeute ;
- Ou un urgentiste d'un établissement hospitalier en cas d'accident d'exposition au sang (AES) dans les 48 heures qui suivent le risque de la contamination. (téléphoner à SIDA ACTION)

De son côté le patient choisira :

- Une infirmière libérale,
- Un pharmacien,
- Un pharmacien,

Enfin, le médecin généraliste recevra régulièrement dans son cabinet des visiteurs médicaux.

### **3-5 TYPE DE CLIENTELE**

Le nombre de patients a tendance à augmenter en raison du vieillissement de la population.

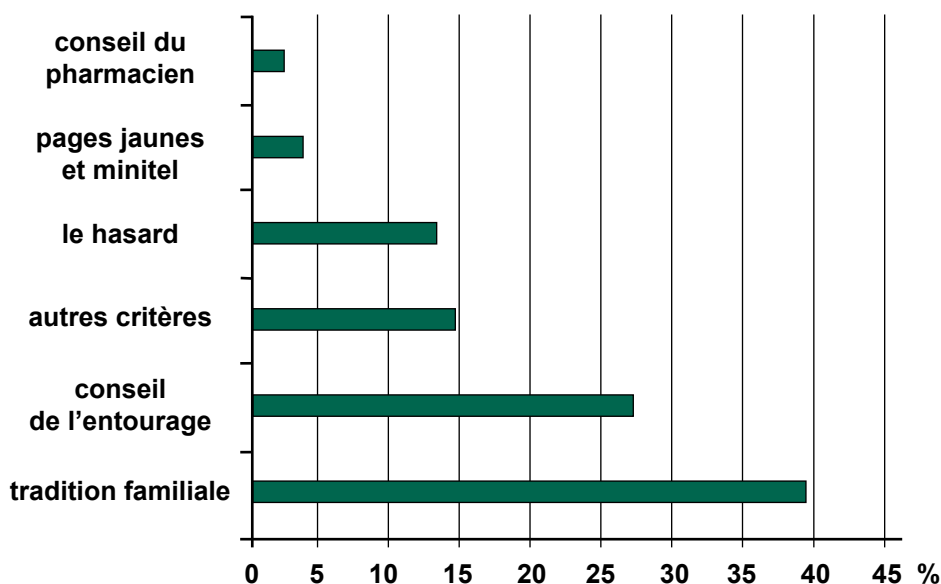
Ce sont surtout les enfants, les personnes âgées et les femmes qui consultent. Les hommes adultes recourent peu aux médecins.

Les disparités entre catégories socioprofessionnelles se sont sensiblement réduites en ce qui concerne le nombre de consultations de médecin.

On assiste également à une fidélisation des patients liée à l'adoption récente du statut de « médecin traitant ». En effet, cette mesure a eu pour effet d'officialiser la clientèle des médecins généralistes. Même si le patient n'est pas complètement captif de son médecin, ce phénomène de fidélisation devrait se faire sentir de manière plus importante que par le passé.

Il est important aussi de souligner que depuis une dizaine d'années, les relations du médecin généraliste avec ses malades ont changé. Les patients sont devenus plus exigeants, consuméristes.

### Comment les Français choisissent-ils leur généraliste ?



## 3-6 CONDITIONS ET LIEUX DE TRAVAIL

### 3-6-1 Les risques professionnels éventuels

- déplacements
- agressions (en forte augmentation ces dernières années) \*
- contaminations par les patients :  
notamment Virus de l'Immunodéficience acquise (VIH ou HIV), Virus Hépatite B (VHB), Virus Hépatite C (VHC) ;
- risque judiciaire éventuel en cas d'erreur avérée : les patients étant de plus en plus procéduriers, les médecins généralistes souhaitent une révision de leur contrat en vue d'être couverts par rapport à ce risque qui est en nette augmentation.

\*La politique conduite par l'Ordre national des médecins en matière de sécurité des professionnels repose sur trois axes :

- **l'information sur l'insécurité**

Depuis 2003 l'Ordre national des médecins a mis en place un Observatoire de la sécurité, ce qui a permis de passer du stade de l'insécurité ressentie à celui de l'insécurité constatée. Les résultats de cet observatoire ont pour objet d'améliorer la prévention et la répression des agressions.

439 agressions ont été recensées en 2004.

- **La répression des agressions**

dont sont victimes les médecins

La loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure a prévu des peines aggravées pour les infractions commises à l'encontre des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice.

- **La prévention de l'insécurité**

L'Ordre des médecins agit sur le plan local et national en étroite collaboration avec les autorités de police et de gendarmerie. Un livret de sécurité est proposé à l'ensemble des médecins.

### 3-7 VALEUR ET TRANSMISSION DE CLIENTELE

La valorisation des clientèles médicales est effectuée le plus souvent en appliquant un coefficient au montant des recettes annuelles encaissées.

Le prix de cession des droits de présentation de la clientèle s'établit à environ 50% des recettes annuelles. Cependant, ce pourcentage tend à la baisse en raison du manque de médecins généralistes. En effet, les nouveaux médecins ont tendance à s'installer et à créer leur propre clientèle sans racheter de droits de présentation. Cette tendance est à prendre avec prudence car elle dépend fortement de la localisation de l'activité libérale (densité médicale...)

La part du patrimoine professionnel dans le patrimoine global dépend fortement de l'âge du praticien. Néanmoins, on peut dire que la valeur de son cabinet représente environ 20% de son patrimoine global.

### 3-8 DONNEES CONCURRENTIELLES

Les médecins ont un monopole d'exercice.

Les atteintes à ce monopole sont sanctionnées pénalement (Code de la Santé Publique).

## 4 – Sa protection sociale (voir fiche métier)



### Conseil d'expert

#### **Attention à la taxation sociale des dividendes en Société d'Exercice Libéral (SEL)**

La loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 offre aux médecins la possibilité de se regrouper au sein de SEL pour la pratique de leur profession. Cela ne remet pas en cause le caractère libéral de l'activité et donc l'affiliation à la CARMF.

Ces sociétés ont pour objet exclusif l'exercice libéral et ne peuvent accomplir les actes professionnels que par l'intermédiaire de leurs membres. Cela justifierait que les cotisations dues par les médecins associés au sein de ces structures soient assises sur l'ensemble des revenus professionnels trouvant leur origine dans l'exercice de la médecine, et ce quelle que soit la forme sous laquelle ils les ont perçus, ou encore la dénomination ou la qualification fiscale attachée à ces revenus.

C'est ainsi que la CARMF appelle ses cotisations de retraite non seulement sur la rémunération mais aussi sur les dividendes perçus.

## 5 – Comment l’aborder sur le plan commercial

### 5-1 LE JARGON DE LA PROFESSION

**Carabin :**

Etudiant en médecine

**Carte vitale :**

Véritable carte d’identité santé, elle deviendra en 2007 la clé d’accès au dossier médical personnel du patient et contiendra les données médicales en cas d’urgence.

**Client par cooptation ou par prescription :**

Client qui est adressé par un autre confrère.

**DMP :**

Dossier Médical Personnel instauré lors de la réforme de l’assurance maladie de 2005.

**Numerus clausus :**

Signifie en latin « nombre fermé ».

Ce terme désigne le nombre fixe d’étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé, qui sont réglementées.

**Omnipraticien :**

Synonyme de médecin généraliste

## 5-2 COMMENT ET QUAND LES CONTACTER



### Conseil d'expert

#### L'assureur doit :

- prendre rendez-vous par téléphone
- éviter les lundis et mardis qui sont les jours les plus chargés de la semaine,,
- se présenter de la part d'un autre confrère médecin,
- et se rendre au cabinet médical avant les consultations du matin ou après celles du soir (en l'absence de l'assistante médicale)

### Remarque :

Le médecin généraliste reçoit de très nombreux appels téléphoniques qui s'estompent peu à peu après 18 heures

Après les consultations et les visites à domicile, le médecin généraliste doit encore trouver le temps de faire sa comptabilité, de lire les nombreuses revues professionnelles...

Son temps hebdomadaire tourne autour des 60 heures.

La journée du médecin généraliste					
De 7 h 15 à 8 h (période moins dense)	De 8 h à 10 h 30	De 10 h 30 à 12 h 30	De 12 h 30 à 13 h	De 13 h à 19 h	de 19 h à 20 h (période moins dense)
Consultations au cabinet	Consultations au cabinet	Visites à domicile	Pause déjeuner	Consultations au cabinet	Consultations au cabinet

### Activité du médecin généraliste sur l'année

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
Forte activité	Forte activité	Forte activité	Activité moyenne	Activité moyenne	Activité calme
JUILLET	AÔUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
Activité calme	Activité calme	Forte activité	Forte activité	Forte activité	Forte activité

■ Moment de disponibilité

■ Moment ou période non favorable à un démarchage

### 5-3 LES POINTS DE REPÈRE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Le cabinet est souvent à l'image de la personnalité du médecin : un professionnel méticuleux et sensible à un discours structuré travaillera dans un bureau bien organisé. A l'inverse, un professionnel plus instinctif évoluera dans un cadre moins ordonné.

Par contre, la décoration de la salle d'attente n'est pas très évocatrice puisque les médecins travaillent souvent à plusieurs dans le même cabinet.

### 5-4 COMMENT LES ABORDER COMMERCIALEMENT

Pressés par le temps, ces professionnels de la santé, très démarchés, entendent les discours commerciaux sans les écouter vraiment. Ils savent toutefois qu'ils doivent s'organiser et réfléchir à leur prévoyance.

Les médecins généralistes sont intéressés par ordre décroissant :

- Aux placements.
- Aux produits retraite
- Aux produits de prévoyance



***Ils accorderont donc leur confiance à la personne qui saura bien cibler ses besoins.***

Par un questionnaire type l'assureur peut caractériser rapidement sa situation familiale, matrimoniale, patrimoniale. Il dressera par conséquent un bilan qui listera les besoins du médecin généraliste.

Celui-ci sera sensible au fait que son dossier soit la résultante d'une analyse fine et personnalisée.

Enfin, il faut éviter de relancer par téléphone ce professionnel de santé. L'important est de trouver rapidement ce qui va le motiver.

### 5-5 QUE PENSENT-ILS DE LEUR CONDITION ET DE L'AVENIR DE LEUR MÉTIER ?

Le parcours de santé obligatoire a largement modifié les rapports entre le patient et son médecin et les rendent beaucoup plus administratifs.

Ces professionnels sont assez pessimistes quant à leur avenir financier.

Ils s'inquiètent pour leur retraite.

### 5-6 NIVEAU DE VIE, SENSIBILITÉS NATURELLES

Le golf et le tennis sont généralement les sports les plus pratiqués par les médecins.

## Annexes

### LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

#### Les origines

Le regroupement professionnel des médecins est une évidence qui s'est toujours imposée, l'histoire de l'exercice médical le prouve depuis le monde antique...

*L'ordonnance du 24 septembre 1945, signée par M. Billieux, ministre communiste de la santé à cette époque, crée définitivement l'Ordre actuel qui se voit « chargé du maintien des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine... et à l'observation des règles dictées par le code de déontologie. »*

Dans « L'Honneur de Vivre », le Pr. Robert Debré cite l'attitude courageuse du Pr. Portes, qui rappelait à chaque médecin son obligation, notamment l'obéissance absolue au secret professionnel que l'occupant nous demandait de violer. C'est également le Pr. Portes qui dédia en 1947, la préface du premier code de déontologie médicale : « à tous les médecins français qui, sous l'occupation, préférèrent la déportation ou la mort à la violation de leur secret professionnel » « L'Ordre des médecins s'est bien comporté, pas le ministère de la santé qui était truffé de représentants de Vichy » fait observer le Pr. Milliez

En effet, au sentiment de honte et au déshonneur que suscitent la haine banalisée, les crimes raciaux de discrimination et d'exclusion durant cette période de triste mémoire, il ne faut pas oublier non plus que le corps médical, des médecins les plus anonymes à ceux de nos patrons les plus connus sans méconnaître également les étudiants en médecine et les internes des hôpitaux, a contribué par ses actes de courage à s'illustrer dès sa création en 1942 dans le service de santé national de la Résistance et dans le Comité national des médecins, qui fusionnèrent ensuite dans le Comité médical de la Résistance.

Rappelons qu'une circulaire du Premier Ministre en date du 2 octobre 1997 confère aux archives détenues, pour la période de l'Occupation de 1940 à 1945, le caractère d'archives historiques. Leur facilité d'accès (loi du 3 janvier 1979) permet donc la consultation des archives publiques ou privées détenues par les conseils départementaux : transparence justifiée et indispensable pour une période de notre histoire douloureusement confrontée à un engrenage de faits odieux et de comportements à jamais regrettables, mêlant la délation à l'idéologie la plus sectaire.

A l'évidence, le Conseil National de l'Ordre des Médecins n'a pas été à l'abri de critiques, de justifications, de réformes comme le projet Terquem en 1991, de demandes de sa suppression par le parti socialiste : propositions de loi en janvier 1975, en mars 1979, et en 1981 dans une des 110 propositions de l'engagement du candidat Mitterand à la Présidence de la République, considérant l'institution ordinale comme «une offense pour la démocratie ».

Cet engagement est tempéré du reste quelque temps après par « *l'élaboration des textes nécessaires à la mise en œuvre de l'engagement et que soit largement débattue à cette occasion la question de savoir si la suppression de l'Ordre National doit s'accompagner de maintien, au plan local, d'une organisation de type professionnel chargée de remplir un certain nombre de tâches concrètes liées à l'exercice de la profession. Le gouvernement devra en effet peser les avantages et les inconvénients avant de déterminer le choix qu'il soumettra au Gouvernement* » précision contenue dans la lettre de Mme Y. N. Conseiller Technique à la Présidence de la République à l'intention du docteur S. N. en date du 11 mars 1982. (Document personnel)

L'Institution Ordinale est bien consciente qu'elle doit évoluer en fonction de l'avancée des progrès scientifiques dans l'intérêt des personnes malades et de la santé publique tel que le prévoit l'article 2 du code de déontologie, lequel est remis à jour régulièrement dans une réflexion ordinale collégiale sous l'autorité d'un conseiller d'Etat, membre du Conseil de l'Ordre. L'Institution ne méconnaît pas non plus les réformes indispensables attendues par les médecins en rapport avec les programmes universitaires, les obligations indispensables liées à la formation médicale continue, les nouveaux modes d'exercice, les différentes conditions d'installation, les variations démographiques du corps médical, les nouvelles législations du code pénal ou du code de la santé publique...

La Cour Européenne des Droits de l'Homme a rendu en 1988 un arrêt confirmant l'autorité légitime de l'Ordre des médecins tel qu'il existe depuis 1945 et la Conférence Internationale des Ordres et Organismes d'attributions similaires créée en 1971 a été constituée dans le cadre du traité de Rome et dans la perspective de l'application des décisions communautaires en Europe après le 31 décembre 1992. Cette perspective concerne également l'application des principes qui doivent guider la conduite professionnelle des médecins, quel que soit leur mode d'exercice dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et également entre eux. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins Français est représenté en permanence à la Conférence Internationale des Ordres, comme aux travaux du Conseil de l'Europe et du Comité Permanent des Médecins de la CEE. depuis 1987.

Enfin, le Parlement Européen a adopté le 16 décembre 2003 une résolution réaffirmant l'importance de la déontologie, confortant le rôle des ordres professionnels et estimant que « *l'importance que revêt l'éthique, la confidentialité à l'égard de la clientèle et un niveau élevé de connaissances spécialisées requièrent l'organisation de systèmes d'autorégulation, tels ceux qu'établissent actuellement les ordres professionnels* ».

Ces lignes retracent le cheminement de la création de l'Ordre des Médecins en réponse au vœu permanent du corps médical, « *au-delà de toutes les couches d'opinion de la nation* », comme le rappelait en 1981 le Pr. Theil de l'Académie de médecine, et ceci dans un souci qui devait respecter la vérité historique et le devoir de mémoire liés à l'Ordre des Médecins.

## Textes de loi

### ARRETE DU 6 JANVIER 1962

#### fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins

##### Article 2

Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants :

1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie.

2° Le massage prostatique.

3° Le massage gynécologique.

4° Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électrocoagulation et la diathermo-coagulation.

5° Tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.

6° Toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion de sang (rabotage, meulage, fraisage).

7° Le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire.

8° arrêté du 2 mai 1973 : « Audiométrie tonale et vocale à l'exclusion des mesures pratiquées pour l'appareillage des déficients de l'ouïe, en application des dispositions de l'article L. 510-1 du code de la santé publique. »

**Le décret 95-1000 du 6 septembre 1995** portant code de déontologie médicale a rappelé l'ensemble des devoirs du médecin.

#### **La loi réformant l'assurance maladie est parue au Journal Officiel le 17 août 2004.**

Elle met notamment en place :

- un dossier médical personnel (DMP)
- le choix d'un « médecin traitant » (généraliste ou spécialiste) sous peine de moindre remboursement,
- une contribution forfaitaire d'un euro pour chaque consultation (y compris pour les services d'urgence).

La loi instaure aussi une hausse de la CSG et un renforcement du contrôle des arrêts de travail.

Ces dispositions sont entrées en vigueur en janvier 2005.

Ce nouveau dispositif doit permettre un retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie en 2007, selon le ministère de la Santé.

### **Le nouveau statut du médecin collaborateur libéral**

Grâce à la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, un médecin dit « collaborateur » peut exercer auprès d'un confrère.

L'article 18 de la loi, qui vise généralement les membres des professions à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé (architectes, experts-comptables, avocats, médecins, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.) impose les obligations suivantes :

- Le collaborateur libéral exerce en toute indépendance, sans lien de subordination ; il relève du statut social et fiscal du professionnel indépendant ;
- Il peut compléter sa formation et se constituer une clientèle personnelle ;
- Il est responsable de ses actes ;
- Le contrat doit respecter les règles régissant la profession.

**Le décret 2006-143 du 9 février 2006** organise une base de données médicales de l'Assurance maladie qui sera accessible aux médecins à l'occasion d'une consultation médicale.

L'accès à cette base par le médecin est subordonné à l'accord du patient et à la remise de sa carte Vitale au médecin qu'il consulte.

Ce « web médecin » donnera un instantané exhaustif des actes médicaux et paramédicaux pris en charge par l'Assurance maladie ainsi que le relevé des prescriptions médicales et des arrêts de travail.

Trois sites expérimentaux ont été retenus (Val d'Oise, Alpes-Maritimes, Yvelines) avant une généralisation annoncée en fin 2006.

