

# Rapport

## « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé »

Travaux réalisés à la demande de Madame la  
Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Rapport remis à **Madame Marisol Touraine**,  
Le 15 mars 2015

**Pr. Pierre-Louis DRUAIS**  
16 bis Avenue Simon Vouet  
78560 Le Port-Marly  
06 11 47 25 21  
[pl.druais@lecmg.fr](mailto:pl.druais@lecmg.fr)

# SOMMAIRE

<i>Préambule</i>	<i>p.04</i>
<b>1. Un système de santé organisé autour des soins de santé primaires</b>	<b>p.05</b>
1.1 La hiérarchisation des recours du système de santé	p.05
1.2 Les parcours de santé / parcours de soins	p.06
1.3 L'organisation et la gestion de la santé des patients dans les lieux de soins	p.06
1.4 L'organisation avec les autres spécialités de soins de santé secondaires et tertiaires	p.07
<b>2. Place de la Médecine générale dans un système de soins organisé</b>	<b>p.07</b>
2.1 Les caractéristiques de la Médecine générale	p.07
2.2 La fonction traitante du médecin généraliste	p.08
2.3 Les compétences professionnelles	p.08
2.4 La responsabilité du médecin généraliste	p.08
2.5 L'organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines	p.08
<b>3. La santé publique</b>	<b>p.09</b>
<b>4. Les moyens d'exercice</b>	<b>p.09</b>
4.1 La démographie	p.09
4.2 Les modes d'exercice	p.10
4.3 Les modes de rémunération	p.11
4.4 La gouvernance	p.12
4.4.1 - <i>Une direction des soins primaires</i>	
4.4.2 - <i>Orientations et affectations budgétaires, ONDAM</i>	
4.4.3 - <i>La Convention</i>	

## 5. Les moyens de la qualité et sécurité dus au patient p.13

5.1 Les moyens d'attester la compétence (ensemble de compétences professionnelles)	p.13
5.2 Sécurité des soins en Médecine générale	p.13
5.3 La formation initiale : la Filière universitaire de Médecine générale	p.15
5.3.1 - <i>L'enseignement en second cycle</i>	
5.3.2 - <i>D.E.S. de Médecine générale et la filière universitaire</i>	
5.3.3 - <i>D.E.S. de Médecine générale à 4 ans à l'instar des autres D.E.S.</i>	
5.3.4 - <i>Maîtrise de stage</i>	
5.4 Développer la Recherche en Médecine générale et soins de santé primaires	p.16
5.4.1 - <i>Justification de propositions pour développer la recherche</i>	
5.4.2 - <i>Propositions concrètes nécessitant une articulation avec le MESR</i>	
5.5 Pour un Développement Professionnel Continu tout au long de la vie	
5.5.1 - <i>L'abrogation du chapitre DPC de la Loi HPST</i>	p.17
5.5.2 - <i>Une refonte du système</i>	

## 6. La place du patient dans le dispositif de santé p.18

6.1 La sensibilisation des patients à l'utilisation pertinente du système de santé	p.18
6.2 La participation effective des patients aux décisions de santé	p.19
6.3 La médiatisation régulée des informations santé	p.19

## Propositions de modifications à la Loi de Santé p.20

## Annexes p.22

■ Liste des personnalités et structures auditionnées	p.23
■ Contributions des personnalités et structures auditionnées	p.25
CNGE	
REAGJIR et ISNAR-MG	
SNEMG	
CSMF	
MG France	
SNJMG	
CNAMTS	
FFMPS	
SOS Médecins de France	
■ Bibliographie	
Gay B. Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. <i>Presse Med.</i> 2013; 42: 258–260	
Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la Médecine générale. <i>RESP</i> 2013;61:193–8	p.80

La médecine en France s'est structurée historiquement depuis la Loi de 1958, autour de l'hôpital, permettant à la France de développer une médecine de haut niveau. Ce cadre a favorisé le développement de spécialités, voire d'hyper-spécialités, la Médecine générale étant définie par défaut. L'organisation actuelle du système de soins français a deux caractéristiques : organisation autour et par rapport à l'hôpital, absence de régulation des modalités des recours aux soins. Ces deux éléments se répercutent sur tous les rouages du système : formation initiale et continue, fléchages des fonds, organisation administrative, culture « dominante ».

Ce système dérégulé ne permet pas de faire face aux enjeux sanitaires (transition épidémiologique, vieillissement de la population), et économiques, et surtout laisse de plus en plus de personnes sur le « bord du chemin », avec la montée des Inégalités sociales de santé (ISS).

A l'instar de beaucoup de pays européens, le système de santé français doit se recentrer sur les soins de santé primaires, et avancer sur un système plus organisé, définissant les niveaux de recours en fonction des réels besoins de santé de la population.

**L'enjeu de la Loi de santé 2015 est de donner les bases du système de santé du 21<sup>ème</sup> siècle, en assumant la révolution des soins primaires et le virage ambulatoire.**

La spécialité Médecine Générale est une création récente dans les textes (01/2002). Elle est une spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires. Sa définition réglementaire s'est faite très longtemps en creux par rapport aux autres spécialités toutes d'exercice hospitalier. La qualification ordinaire pour la Médecine générale a été possible pour tout médecin quelle que soit sa spécialité jusqu'au 01/01/1995. L'usage n'a donc pas encore intégré en tout lieu les conséquences qu'impose la définition de la spécialité Médecine Générale alors que ces conséquences en découlent naturellement. Il est indispensable au-delà des constats et propositions faites dans ce rapport que des évolutions soient organisées pour faire vivre la réalité de la discipline dans le système de santé et la société :

- Au niveau de l'université médicale, pour initier tous les soignants à la Médecine générale, intégrer dans les trois cycles les enseignements spécifiques indispensables et promouvoir la recherche en soins de santé primaires.
- Au niveau politique et institutionnel pour qu'au delà des 50 ans de fonctionnement dans la logique de la Loi de 1958, la Médecine générale contribue aux évolutions qui vont permettre la modernisation indispensable de notre système de santé.
- Au niveau sociétal pour faire évoluer les représentations mentales collectives souvent véhiculées par les médias, en contradiction d'ailleurs avec les regards portés par chacun des français quand ils sont interrogés sur l'opinion qu'ils ont de « leur médecin généraliste ». La meilleure preuve fut le choix hautement majoritaire du médecin généraliste comme médecin traitant lors de la convention de 2005.

Je remercie Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes de m'avoir confié cette mission visant à « *donner au médecin généraliste et au médecin traitant toute leur place dans notre système de soins et améliorer le parcours des patients en ville* ». J'espère que le contenu de ce rapport, que j'ai voulu le plus consensuel et synthétique possible, trouvera rapidement son utilité. Je sais qu'il sera de toute façon une étape dans l'évolution inéluctable de la Médecine générale. Je souhaite que de nombreux confrères s'y reconnaissent, et y trouvent pour certains la reconnaissance de tout le travail auquel ils contribuent depuis plus de 30 ans, pour d'autres la motivation indispensable à l'exercice de notre beau métier : spécialiste de Médecine générale.

Je remercie enfin les consœurs et confrères et collaborateurs qui ont acceptés de donner une fois de plus de leur expérience et de leur temps, dans un délai contraint, pour participer aux auditions, malgré leurs multiples engagements.

Pr. Pierre-Louis Druais

#### Composition du Groupe de travail

**Dr. Marie-Hélène CERTAIN**, Spécialiste de Médecine générale, Secrétaire Générale du Collège de la Médecine Générale, Les Mureaux.

**Dr. Michel COMBIER**, Spécialiste de Médecine générale, Trésorier adjoint du Collège de la Médecine Générale, ancien Président de l'UNOF/CSMF, Toulouse.

**Pr. Pierre-Louis DRUAIS**, Spécialiste de Médecine générale, Professeur des Universités, Versailles/St Quentin, Président du Collège de la Médecine Générale.

**Dr. Paul FRAPPÉ**, Spécialiste de Médecine générale, Maître de conférences des Universités, St-Etienne.

**Pr. Bernard GAY**, Spécialiste de Médecine générale, ancien Président du CNGE, Professeur des Universités, Bordeaux.

#### Ont collaboré au Groupe de travail et à la réalisation du rapport

**Dr. Marie Claude HITTINGER**, Chargée de mission offre de soins auprès du Secrétaire Général des Ministères chargés des Affaires sociales.

**Mme Laetitia LABONNE**, Assistante de Direction, Collège de la Médecine Générale.

## 1. Un système de santé organisé autour des soins de santé primaires

### 1.1 La hiérarchisation des recours du système de santé

La Stratégie Nationale de Santé propose « la révolution du premier recours » pour organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès. Cette évolution est en phase avec les tendances internationales qui privilégient la Médecine générale comme premier niveau de contact du patient avec le système de santé (figure 1).

Le Comité d'experts de l'Union Européenne a souligné à nouveau que les soins de santé primaires favorisaient l'équité et augmentaient la performance du système de santé<sup>1</sup>. Les données scientifiques ont montré que des soins de santé primaires

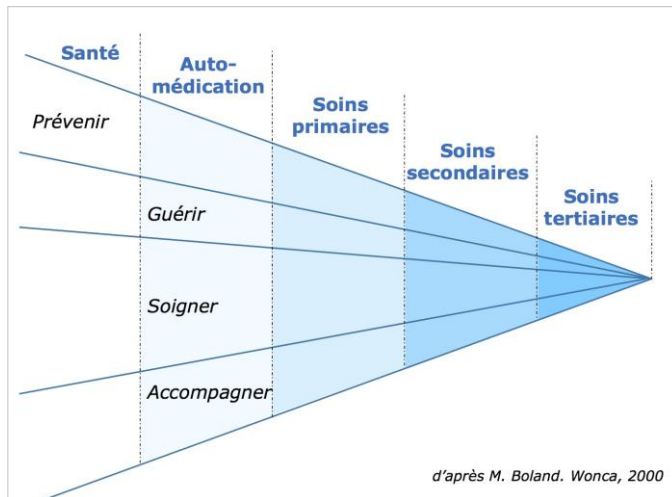


Figure 1 : Place des soins de santé primaires dans l'éventail des soins de santé

forts étaient associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisations inutiles et à une moindre inégalité socio-économique en matière de santé perçue<sup>2</sup>. La France ne fait pas encore partie des pays comme les Pays-Bas, le Danemark, la Finlande, le Portugal, l'Espagne, le Royaume Uni, et d'autres, qui ont développé un système de santé reposant sur les soins de santé primaires. Il est donc essentiel de recentrer le système de santé français sur la Médecine générale, dans une stratégie de développement qui réoriente les études médicales vers les soins primaires, développe la recherche en soins primaires, favorise le travail coopératif des professionnels de santé, facilite l'exercice quotidien des acteurs de terrain, diversifie les modes de rémunération et propose aux patients un mode d'emploi des soins de santé primaires<sup>3</sup>. Mais ce renforcement ne peut se réaliser que si les médecins généralistes ont une position forte dans le système de santé, en coordonnant l'accès aux différents niveaux des soins de santé dans un système hiérarchisé<sup>4</sup>. Le médecin généraliste, médecin de soins de

santé primaires, assure un premier recours identifié et organisé, dans la logique naturelle de ses missions et de ses compétences.

La recommandation 5 du rapport Cordier<sup>5</sup> propose de « garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant ». Comme le dit Didier Tabuteau, « en période de crise économique, il y a encore plus de nécessité de restructurer le système de soins autour du médecin de premier recours, de mieux partager ainsi la place entre médecine de ville et hôpital ».

Le parcours de soins du patient doit s'articuler dans un système structuré, permettant le passage aux soins secondaires lorsque les soins primaires n'ont pas permis de trouver une solution aux problèmes de santé du patient. Le passage par le médecin traitant ne doit plus apparaître comme une obligation administrative, mais comme une étape logique dans la hiérarchisation des soins de santé.

La Stratégie Nationale de Santé prévoit aussi d'offrir une solution de proximité à tous les Français. L'enjeu est de proposer une réponse aux demandes de soins dans le milieu de vie du patient. Cette perspective nécessite une approche de territoire avec une répartition des ressources financières équilibrée entre le milieu ambulatoire et le système hospitalier : il n'est pas opérationnel d'injecter des budgets pour permettre aux établissements hospitaliers de faire face à la demande de soins de santé primaires, sans donner à la Médecine générale les moyens de remplir son rôle en amont. Il est en particulier nécessaire de prévoir une affectation des ressources vers les professionnels du premier recours qui reflète le rôle essentiel des soins de santé primaires pour un système de santé efficace<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Expert panel on effective ways of investing in health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. European Commission 2014. Disponible en ligne :

[http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/004\\_definitionprimarycare\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf)

<sup>2</sup> Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63(616):e742-e750.

<sup>3</sup> Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la Médecine générale. *RESP* 2013;61:193–8

<sup>4</sup> Maier M. Strengthening primary health care - but how? *Eur J Gen Pract* 2014;20:245–6

<sup>5</sup> Cordier A, Chêne G, Duhamel G, de Haas P, Hirsch E, Parisot-Lavillonnière F, Perrotin D. Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations. Rapport à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. 2013

## 1.2 Les parcours de santé / parcours de soins

Le premier des parcours est un parcours commençant par un premier recours respecté et identifié. La suite du parcours, c'est l'orientation à partir des soins de santé vers des soins secondaires et/ou tertiaires accessibles et qui renvoient au premier recours et non à d'autres acteurs, sauf accord préalable dans des pathologies précises ou dans des situations particulières (exemple : patient atteint de cancer dans un protocole de soins, patient présentant une urgence vitale).

L'accès aux soins secondaires ou tertiaires doit être régulé, y compris et notamment les dispositifs d'urgence en ambulatoire en donnant des moyens à leur développement comme à l'hôpital.

Les parcours de soins de la HAS pour les maladies chroniques représentent une première tentative de définition du rôle de chaque professionnel de santé dans la progression de la mise en œuvre des ressources médicales. Ils mériteraient d'être plus opérationnels par une simplification des procédures et des outils et d'être cohérents avec une orientation vers les soins primaires ce qui n'est pas toujours le cas. Les protocoles définissant ou précisant des parcours ne sont formalisés que pour donner une orientation ou un guide : c'est au médecin de premier recours d'assumer avec le consentement éclairé du patient la responsabilité de l'orientation de ce dernier dans le système de santé. Les parcours n'ont du sens que si des objectifs communs de santé pour les patients et pour le système sont définis avec les tutelles, les représentants des patients, les professionnels et les scientifiques de la discipline. Les difficultés de gestion des parcours de santé pour certains patients sont indéniables. Les analyses des causes de ruptures dans ces parcours ont été nombreuses et il est indispensable de les anticiper. Le rapport Cordier donne quelques orientations telles que favoriser la sortie hospitalière programmée le matin. Elle optimise la continuité des soins et libère précocement des lits hospitaliers. Le bon usage des moyens, bon usage de l'Hôpital dégage des moyens pour réinvestir sur les soins de proximité. Par exemple l'organisation du maintien à domicile (MAD) est une source d'optimisation de la durée d'hospitalisation pour des patients dont le suivi est possible au domicile. C'est aussi un des moyens permettant de diminuer les hospitalisations évitables. Les parcours par pathologie tels qu'ils sont encore déclinés, pour des patients de plus en plus poly pathologique sont inadaptés et en contradiction avec une approche globale utile pour les patients, efficiente pour le système de santé et cohérente avec les soins primaires.

## 1.3 L'organisation et la gestion de la santé des patients dans les lieux de soins

Les soins de santé primaires ont besoin de moyens pour gérer et organiser les parcours en centralisant les informations avec un temps de secrétariat (type chèque secrétariat conditionné à l'emploi).

Les outils d'organisation n'ont de légitimité et de pertinence que si leur fonctionnement est au service de l'amélioration du système organisé.

Parmi eux, le Dossier médical partagé (DMP) n'est qu'un outil au service d'un système quel qu'il soit. Si le système non coordonné persiste, le DMP ne sera qu'un outil au service du contournement de l'organisation du système et entérinera les dysfonctionnements. Il doit donc être conçu dans la perspective du fonctionnement à venir et non au service du fonctionnement actuel.

De même, la définition des nouveaux métiers et les délégations de tâches ne sont pas conçues comme une manière de penser le système autrement. Ces métiers et ces délégations constituent souvent une manière détournée de compenser les problèmes démographiques ou de financement et ne sont pas réfléchies au service d'un meilleur fonctionnement du système de santé. Alors qu'un des problèmes identifiés dans le système français est le poids excessif du secteur hospitalier et/ou d'établissement centré sur une prise en charge d'organe ou de fonction, et le poids trop faible des soins de santé primaires, les pistes envisagées concernent le transfert de tâches voir de compétences au sein des soins de santé primaires (du médecin vers les autres professionnels de santé) et non le transfert des soins de santé secondaires et/ou tertiaires vers la Médecine générale qui devraient être priorités.

Les exemples du dépistage du cancer colorectal et de la vaccination, comme tout acte de prévention sont une bonne illustration quand au choix de la délégation. La prévention repose sur une approche globale de la santé du patient dans son environnement et ses habitudes de vie. Sous la responsabilité du médecin généraliste traitant, elle ne se résume pas à la remise d'un test ou à une simple injection de vaccin. Elle nécessite une analyse complexe des antécédents familiaux et personnels, un dialogue global sur les différentes problématiques de santé dans le cadre du colloque singulier, une évaluation dans la durée de nouveaux symptômes, un travail d'information éclairée, d'éducation et le plus souvent une négociation, pouvant s'étendre sur plusieurs consultations. Le médecin généraliste traitant doit compléter le dossier médical du patient à partir de ces actions, de leur acceptation ou non par le patient pour des raisons de responsabilité. Une multiplicité d'intervenants ne peut que complexifier et diminuer l'efficacité de la gestion des actions de prévention au détriment des patients.

Dans les lieux regroupés où exercent des équipes de soins de santé primaires, le partage de compétences permet une coopération inter professionnelle. Toutefois, il existe une difficulté liée à la juxtaposition de professionnels relevant pour chacun de décrets distincts d'actes et de nomenclature rendant quasi impossible le développement de coopération au sens de l'art. 51 de la Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST). Il existe aussi besoin d'une évolution du cadre juridique de l'exercice en équipe de soins primaires. Il est nécessaire de faire évoluer ce point, pour surmonter ces obstacles.

#### 1.4 L'organisation avec les autres spécialités de soins de santé secondaires et tertiaires

Le parcours de soins est bâti sur la relation du médecin spécialiste de Médecine générale-médecin traitant, avec les autres spécialités, médecins correspondants. Un protocole de soins peut être conjointement bâti afin de répondre aux besoins de soins des patients dans certaines prises en charge complexes.

Sur certains territoires le deuxième recours pose des problèmes en matière de démographie, fragilisant la prise en charge des patients. Dans certains territoires, les délais de prise en charge rajoutent une inégalité supplémentaire de recours aux soins. Une approche démographique doit aussi prendre en compte les possibilités de recours aux autres spécialités pour le médecin traitant afin de sécuriser les parcours aussi bien que l'installation des médecins généralistes traitants.

Le parcours de soins mis en place par les professionnels de la proximité doit être respecté lors des hospitalisations. Le retour du patient dans son lieu de vie, sous la responsabilité du médecin généraliste traitant, doit se faire en coordination avec les médecins correspondants habituels du patient afin d'augmenter les chances d'un maintien à domicile

L'hôpital doit donc faire partie du parcours de soins. L'information du médecin généraliste traitant doit être régulière pendant l'hospitalisation par les nouveaux moyens de communication dont la messagerie sécurisée est un des outils. Le médecin généraliste traitant doit devenir co-responsable lors de la sortie des patients afin de permettre un retour au domicile le plus sécurisé possible avec l'ensemble du premier recours. L'exemple actuel du fonctionnement des procédures de l'Hospitalisation à Domicile justifie cette évolution si on souhaite organiser les soins hors les murs de l'hôpital. La culture de « l'hospitalo-centrisme » doit évoluer vers une approche partagée des spécificités et compétences de chacun.

## 2. Place de la Médecine générale dans un système de soins organisé

### 2.1 Les caractéristiques de la Médecine générale

La définition européenne de la WONCA développe les caractéristiques essentielles de la Médecine générale. Elle propose une vision consensuelle de ce que les médecins généralistes en Europe devraient fournir comme services médicaux aux patients, afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins aux patients<sup>1</sup>. La Médecine générale est la première ressource qui s'offre au patient lorsque l'automédication ne lui a pas permis de trouver une solution à son problème de santé. Elle offre une réponse ambulatoire, proche du lieu de vie et/ou de la communauté du patient, d'accès ouvert, non trié, au stade initial comme au stade évolué des pathologies. Ce large champ d'activités est donc déterminé par les demandes et les besoins de la population. Le carré de White revu par Green en 2001<sup>2</sup> montrait clairement que la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires. Giet a décrit « la parfaite complémentarité de la première ligne de soins - soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits - et les activités hospitalières - soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux »<sup>3</sup>.

L'art L1411-11 du Code de Santé Publique précise que « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins comprennent :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
2. La dispensation et l'administration des médicaments,
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
4. L'éducation pour la santé. »

Pour prendre en charge les missions territoriales, il pourrait être ajouté un 5° point :

5. La prise en compte de la santé de la population dans un territoire concerné en application des directives des Projets de santé régionaux.

<sup>1</sup> Gay B. Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. Presse Med. 2013; 42: 258-260

<sup>2</sup> Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344(26):2021-5

<sup>3</sup> Giet D. Les grands défis à relever en Médecine générale. La Revue de la Médecine Générale 2008;252:154-6

Le texte précise de plus que :

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les maisons de santé, pôle de santé et centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours ». Dans le contexte actuel, les maisons et pôles de santé doivent être inclus dans le dispositif.

Si les missions du médecin généraliste sont mentionnées de manière théorique dans l'article L 4130-1 de la Loi HPST, la description précise que ce qui est attendu en terme de tâches et de compétences n'a jamais été faite ni dans la Loi, ni par décret, encore moins la description des moyens de l'exercice.

## 2.2 La fonction traitante du médecin généraliste

Des caractéristiques de la Médecine générale, découle la fonction traitante du médecin généraliste. Elle doit s'inscrire dans quatre domaines :

1. Parcours de soins, parcours de santé au bénéfice du patient.
2. Tenue du dossier médical, dossier patient partagé, en amont même de la notion de DMP.
3. Mise en œuvre d'outils communicants, type messagerie sécurisée, échanges et conférences téléphoniques.
4. Organisation des soins autour des compétences développées en Médecine générale.

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le Code de la santé publique (article L. 4130-1) :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles d'études médicales.

## 2.3 Les compétences professionnelles

Les compétences sont écrites et publiées (Référentiel métier/ compétence) :

- Approche centrée patient, relation, communication approche globale et complexité.
- Premier recours et urgences.
- Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire.
- Continuité, suivi et coordination des soins.
- Professionnalisme.

L'ensemble des professionnels les met en œuvre dans le contexte de leur pratique de manière croissante, d'autant plus que les jeunes professionnels sont formés et certifiés à ces compétences au cours du D.E.S. de Médecine Générale.

## 2.4 La responsabilité du médecin généraliste

La responsabilité est celle de son statut dans le système de santé, notamment celui du premier recours et de la coordination. Cette responsabilité ne peut prétendre à être assumée et exercée que si le statut du professionnel est reconnu, si le fonctionnement du système est en cohérence avec cette dimension.

## 2.5 L'organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines

L'équipe de soins primaires réunissant médecin généraliste, professions médicale et paramédicales, peut fonctionner de manière pertinente et novatrice dans de nouvelles répartitions du travail à partir du moment où sa constitution est formalisée au sein de structures type maisons pluri-professionnelles ou pôles de santé. Pour être pertinente pour le patient, cette organisation nécessite que le médecin assume les tâches médicales notamment de diagnostic et de prescription, et qu'il ait la possibilité de centraliser les informations dans le dossier.



### 3. La santé publique

Il existe aujourd'hui des dizaines de plans de santé publique, centrés sur des pathologies, sans déclinaison opérationnelle, sans implication ni compréhension des professionnels de terrain. Ils ne s'appuient pas sur une évolution structurelle du système de santé et font une part réduite aux soins de santé primaires. Pour s'articuler avec les soins de santé quels qu'ils soient, il conviendrait de privilégier un nombre restreint d'axes pour configurer des moyens susceptibles d'entraîner une modification du paysage et des pratiques. Par ailleurs, un deuxième préalable serait que les actions prioritaires de santé publique bénéficient d'un pilotage concret et hiérarchique par la tutelle alors qu'ils se résument souvent à colliger les initiatives autonomes des différents acteurs pour les regrouper sous le vocable « plan de santé publique ».

Pour pallier ces limites, une approche transversale doit être envisagée, avec la collaboration des collègues disciplinaires concernés par le thème de santé. Si le médecin généraliste est le premier acteur de santé publique, les plans doivent reposer sur une gradation des soins qui commence par les soins de premier recours et s'articuler avec le parcours de santé du patient souvent polypathologique.

La Médecine générale étant une médecine de proximité et de premier recours maillant le territoire et concernant tous les patients, aucun plan de santé publique ne peut s'exonérer de la réflexion et de l'implication des médecins généralistes. En ce sens, pour un réel pilotage de ces plans en nombre restreint, le collège disciplinaire devrait être sollicité en amont.

Chaque plan doit écrire ce qui est attendu des soins de santé primaires, et décliner des objectifs opérationnels qui seront mis en œuvre dans les conventions par métier.

### 4. Les moyens d'exercice

#### 4.1 La démographie

La réalité des chiffres varie, liée à la différence de sens entre omnipraticien et spécialiste en Médecine générale (CNAM, CNOM). Il faut distinguer les médecins généralistes ayant la fonction médecin traitant, les médecins généralistes qualifiés en Médecine générale, les médecins à exercice particulier. Il persiste d'autre part une situation anachronique qui consiste à définir comme médecins généralistes des praticiens hospitaliers exerçant des activités qui sont hors du champ de la définition de la Médecine générale. Beaucoup d'internes en Médecine générale sont recrutés par les services hospitaliers afin d'assurer le fonctionnement des services à des degrés divers d'une spécialisation qui ne dit pas son nom. Ces médecins méritent une définition et une qualification spécifique. Afin de permettre une vision claire des métiers et de la démographie à venir, il devient nécessaire de définir une spécialité de médecine polyvalente hospitalière, dont les tâches et dont les compétences sont radicalement différentes de celles de la Médecine générale en ambulatoire.

Cette clarification est cohérente avec la logique de certification des compétences qui s'imposera dans les années à venir, et avec la régulation des flux actuellement impossible dans un contexte où la formation et le diplôme ne présagent en rien pour la Médecine générale le futur métier exercé.

La répartition démographique est très inégale sur le territoire, et le terme « déserts médicaux » n'a plus aujourd'hui beaucoup de sens tant les zones menacées sont diverses et nombreuses.

Les zones rurales sont particulièrement concernées, mais les problèmes de démographie atteignent maintenant les zones périurbaines et quartiers populaires, certaines villes moyennes, et des grandes villes y compris en Ile-de-France.

Cette situation résulte :

- du retard à l'installation des jeunes professionnels (choix très ouvert du lieu d'implantation, intervention des impératifs professionnels du conjoint dans le choix du lieu et du moment de l'installation, retard d'installation des femmes du fait de l'insuffisance de la protection maternité dans une profession qui se féminise ;
- des départs de professionnels plus âgés, soit en retraite soit vers une autre orientation. Même si le cumul emploi retraite limite un peu le phénomène ;
- de l'effet cascade : un secteur peut très vite se déséquilibrer en cas de départ de plusieurs professionnels en même temps, ceux qui restent ne voulant ou pouvant assumer la surcharge induite.

La question de la démographie doit être travaillée, sur la base des questions suivantes :

- Quels besoins pour les soins de santé primaires ?
- Quelle offre de soins sur les territoires ? Qui fait quoi ?
- Y a-t-il une baisse du potentiel de soins ?

Quelques éléments factuels viennent en appui de la réflexion (données CNAMTS - IRD.E.S.) :

- Les médecins prennent leur retraite de plus en plus tard, et les médecins les plus âgés travaillent moins.
- Le temps de travail moyen est important, entre 50 et 55 heures hebdomadaires selon les études, avec 2 profils différents : les « très actifs » travaillant 50 à 60 heures hebdomadaires, et ceux qui ont 4,5 jours d'activité dans la semaine par choix ou organisation.
- Dans les structures regroupées, le temps de travail est moindre avec une « productivité » plus importante, liée à « l'effet structure » qui permet une meilleure organisation, et un secrétariat.
- Une organisation sur le territoire, et entre les professionnels, rend plus attractive la spécialité Médecine générale : 54% des médecins exercent en groupe, ce chiffre passe à 80 % chez les jeunes de moins de 45 ans.

**Le premier niveau d'accès aux soins implique qu'il y ait des professionnels sur un territoire, il faut donc créer des conditions d'implantation attractives.**

Pour organiser et structurer le système autour de soins de santé primaires, Il est recommandé de viser 65% de médecins généralistes : au moins 60% devraient être des médecins assumant les rôles et fonctions du médecin traitant.

La contrainte d'installation n'a pas de sens pour une spécialité dont la filière n'est pas assez choisie par les futurs professionnels vu les circonstances actuelles : la contrainte risque au contraire d'aggraver l'effet de fuite. Dans certains territoires, le terme d'exercice semble plus approprié que celui d'installation correspondant d'ailleurs aux engagements du Contrat d'Engagement de Service Public proposé aux étudiants en médecine.

Des leviers puissants existent :

- La formation initiale (cf. chapitre 6) qui détermine l'attractivité pour le métier, et notamment la rencontre avec la Médecine générale dès le 2ème cycle et la mise en situation professionnalisante sur les lieux d'exercice en 3ème cycle.
- L'amélioration des conditions d'exercice et la diminution du déséquilibre et des contraintes entre exercice salarié et exercice libéral d'une profession réglementée dont les missions sont celles d'un service public. Si des contraintes de service public existe (permanence de soins, heures d'ouverture, responsabilité juridique, etc.), la tutelle doit fournir des moyens organisationnels et financiers au service de cette organisation. .
- Les aides et l'accompagnement à des modes d'exercice regroupés et pluri professionnels et des incitations financières à l'installation dans des zones mieux définies que les zones déficitaires actuelles.

#### 4.2 Les modes d'exercice

Il existe aujourd'hui un consensus pour favoriser l'exercice pluri professionnel pour répondre aux différents objectifs :

- Améliorer le maillage sur le territoire, par l'attractivité notamment pour les jeunes,
- Améliorer l'amplitude d'ouverture dans les cabinets,
- Améliorer la qualité de la prise en charge et la réponse des professionnels de santé face à la complexification des cas, nécessitant plus de coopérations, temps de prévention et accompagnement des patients,
- S'appuyer sur un secrétariat médical.

Le regroupement permet à la fois de financer un temps de secrétariat et un outil de travail moderne, mais aussi et surtout d'avoir un vrai travail collectif et un temps d'échanges entre professionnels. Ce point est consensuel auprès de tous les acteurs.

Les maisons et pôles de santé sur un modèle libéral, les centres de santé sur un modèle salarié se développent, et innovent. Mais il faut inciter aussi à des modes de regroupement plus réduits à partir de l'existant, pour construire progressivement et par capillarité, en fonction des besoins, de l'histoire et de l'expérience des territoires, et en s'appuyant sur les professionnels qui le souhaitent. Il n'y a donc pas de modèle unique.

Il s'agit d'un véritable changement de culture dans la manière de travailler, et dans les relations entre les professionnels. Un accompagnement est absolument indispensable : ingénierie, soutien financier des projets, formations, accompagnement humain des équipes et des porteurs de projets, mais aussi un investissement financier auprès des professionnels qui jouent le jeu collectif (cf. chapitre Rémunérations)

Pour favoriser l'installation dans les territoires, il faut promouvoir la formation dans les territoires. Le modèle d'un vrai travail en équipe est encore très minoritaire dans le tissu professionnel pour des raisons historiques et culturelles. Il ne peut pas encore constituer un modèle observable par la majorité des internes et doit bénéficier d'un accompagnement volontariste de la part des tutelles pour se développer.

Enfin, le statut de médecin généraliste installé doit être nettement privilégié par rapport à celui de remplaçant. C'est la souplesse de statut et la possibilité de mobilité qui résoudra les problèmes de contraintes familiales, liées notamment aux impératifs professionnels du conjoint.

### 4.3 Les modes de rémunération

L'exercice du métier comporte une fonction soignante et nécessite une organisation ou support pour assurer cette fonction dans de bonnes conditions modernes et efficaces.

La grande majorité des médecins généralistes exercent en secteur 1, ils ne peuvent pas adapter le prix de leurs prestations aux nécessités d'un exercice « moderne » et répondant aux besoins de santé de la population et des territoires. Les charges en augmentation et/ou nouvelles contraintes (ex. accessibilité) entraînent de fait une diminution du revenu médical et un déficit d'attractivité.

Il faut une équité de rémunération entre les spécialités, et entre les divers modes d'exercice.

La rémunération de l'activité médicale doit donc prendre en compte les deux aspects :

1. La fonction soignante, sa charge, sa qualité
2. Le « coût de la pratique », c'est-à-dire la prise en compte de « l'outil professionnel »

Pour y parvenir la rémunération de la fonction soignante doit être basée sur une diversification des modes de rémunération :

- L'acte : il faut reconnaître le travail effectué et la productivité, avec une nomenclature adaptée incluant une consultation longue, pour les cas complexes et un tarif de visite longue (VL) : les visites concernent aujourd'hui les personnes âgées et /ou complexes, les patients porteurs d'un handicap.
- Les forfaits pour rémunérer la fonction traitante du médecin généraliste, notamment les tâches réalisées en dehors de la présence du patient : continuité, synthèse, coordination.
- La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) avec modifications des indicateurs, qui doivent être élaborés indépendamment du financeur sur des critères scientifiques, sous la responsabilité du Collège de la Médecine générale et des autorités de santé.
- Les rémunérations du travail en équipe pluri professionnelle.

**La rémunération liée à l'organisation a pour but l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, l'attractivité de l'exercice, et l'adaptation aux besoins des territoires.**

Un forfait structure modulé doit permettre de prendre en compte « cet outil professionnel » avec ses niveaux de personnel et d'équipement. On peut distinguer :

- Le personnel accueil, le secrétariat (objectif : 2 emplois temps plein pour 3 médecins)
- Les systèmes d'information : recueil, exploitation des données structurées, communication entre acteurs de soins
- Les coûts immobiliers, dans les grandes villes, ou stations de montagne par exemple
- L'accompagnement spécifique au territoire :
  - équipements techniques, consommables
  - ressources humaines (ex : gestion de l'accès aux droits)

Ce forfait structure pourra être modulé en fonction de critères démographiques. Les forfaits actuellement existants (Forfait Médecin Traitant, Rémunération Médecin Traitant, partie organisationnelle de la ROSP) n'ont eu d'autres buts que d'honorer le travail effectué et non rémunéré des médecins généralistes traitants. Aujourd'hui, les parts respectives Acte/Forfait sont de l'ordre de 88%/12%. Un objectif raisonnable pourrait être de viser 2/3 pour l'acte et 1/3 pour les forfaits, à condition que ces derniers ne viennent pas en substitution mais en complément total ou partiel, selon son but, de la rémunération à l'acte. L'objectif est que le médecin généraliste traitant accède progressivement, pour améliorer le service global du patient, aux moyennes internationalement observées dans les pays identiques à la France.

## 4.4 La gouvernance

### 4.4.1 - Une direction des soins primaires

La situation des soins primaires, et en son sein la Médecine générale résulte d'un triple constat :

1. L'absence de définition claire et de missions institutionnelles au sein du système de santé en France,
2. L'absence de direction spécifique au sein du ministère de la santé,
3. La gestion quasi exclusive déléguée à l'UNCAM sans cadre ni direction claire, entraînant la multiplication de dispositifs souvent inopérants parfois contradictoires.

Dans un contexte de bouleversement des modes d'organisation et des conditions d'exercice, le manque de pilotage apparaît criant. En ce qui concerne les lieux regroupés où officient les équipes de soins de santé primaire, il existe une difficulté liée à la juxtaposition de professionnels relevant pour chacun de décrets distincts d'actes et de nomenclature qui rend très compliqué l'exercice collaboratif. Ce contexte rend quasi impossible le développement de coopération au sens de l'art. 51 de la Loi HPST. Le besoin d'une évolution du cadre juridique de l'exercice en équipe de soins primaires est indispensable.

La création d'une **Direction nationale des soins de santé primaires**, dont les missions pourraient comprendre tous les points liés au changement nécessaire de l'organisation des soins de proximité, doit être envisagée :

1. Analyser et identifier les évolutions en cours de l'organisation des soins de proximité.
2. Analyser et identifier les aides nécessaires à l'accompagnement aux nouvelles organisations des équipes de soins de santé primaires, y compris la formation initiale et continue.
3. Organiser les modifications réglementaires à adopter pour faciliter cette évolution de l'aménagement des soins primaires.
4. Examiner la cohérence de tout dispositif ou réglementation proposées par les autres directions et des agences de l'état au regard de l'organisation du système et des objectifs de la stratégie nationale de santé.

### 4.4.2 - Orientations et affectations budgétaires, ONDAM

Le Parlement, notamment dans la Loi doit définir un cadre et des objectifs sociaux et d'intérêt général, en même temps que l'ONDAM.

**Au sein de l'ONDAM, doit être sanctuarisé un fond d'investissement dans l'organisation des soins primaires** pris sur la masse globale, pour favoriser la structuration de soins de santé primaires (chaque année 0,2% soit 400 millions), permettant un investissement sur les soins ambulatoires de proximité, pour accompagner les réformes.

Ces objectifs s'imposent aux négociateurs conventionnels, par exemple :

- fléchage sur la fonction traitante du médecin qui a contractualisé avec son patient,
- fléchage sur la modernisation et l'organisation des structures d'exercice collectif permettant un exercice regroupé et/ou pluri professionnel.

Un plan de lutte contre les ISS accompagnerait chaque ONDAM qui y consacrerait des moyens spécifiques. Un plan permettrait aux acteurs de soins primaires d'organiser le maintien à domicile

L'accent pourrait être mis sur des points à forts enjeux sanitaires et économiques :

- Concentrer le parcours de santé sur les maladies chroniques, soit 10 à 15 millions de personnes. Les changements induits pourraient naturellement se déployer par capillarité, par exemple vers les populations en difficulté.
- Anticiper les ruptures de parcours, notamment entre l'hôpital et l'ambulatoire. Au-delà des courriers papier et électroniques, les rencontres physiques entre les Médecins traitants et les équipes hospitalières sont à réfléchir (exemples étrangers).
- Développer les relations entre les médecins traitants et les grands systèmes de prévention, médecine du travail, médecine scolaire, Protection Maternelle et Infantile.

### 4.4.3 - La Convention

A partir du cadre et des objectifs financiers définis par le Parlement, la convention doit devenir le lieu d'élaboration, de négociation, de contractualisation, entre les pouvoirs publics et les instances professionnelles. Au-delà des négociations tarifaires, et financières, c'est l'organisation même du métier qui pourrait se faire au sein d'une convention renouvelée :

- Déclinaison opérationnelle des plans de santé publique.
- Organisation d'un DPC au service d'objectifs partagés : priorités de santé publique, objectifs conventionnels, accompagnement professionnel, incluant des actions synergiques.

- Aide à la modernisation de l'outil professionnel.
- Organisation du travail en équipe de soins primaires fait l'objet de la mise en œuvre de contrats types négociés nationalement dans le cadre conventionnel.

Les relations de l'étage de soins primaires avec les autres acteurs du soin et de la santé font l'objet de relations formalisées entre les différents acteurs, et sont enregistrées auprès des ARS.

Il faudra sans doute « décoincer » les mécanismes freinant la signature des conventions et développer des volets spécifiques, permettant d'adapter le cadre conventionnel aux besoins de chaque discipline. Des volets régionaux pourraient permettre l'adaptation aux besoins des territoires. Des volets spécifiques conventionnels pourront être envisagés tant en professionnel qu'en interprofessionnel pour répondre aux enjeux de l'organisation des soins primaires.

Le Code de la sécurité sociale, dans ses articles définissant le contenu et la forme des conventions, doit donc être adapté pour que la convention médicale permette par un rôle renforcé la mise en œuvre des objectifs fixés dans cette Loi de santé.

## 5. Les moyens de la qualité et sécurité dus au patient

L'État doit légitimement garantir la qualité et la sécurité des soins à travers la compétence des professionnels, tout au long de la vie. Les principaux leviers pour y parvenir sont la formation médicale initiale (FMI), la recherche en soins de santé primaires, et le développement professionnel continu (DPC).

### 5.1 Les moyens d'attester la compétence (ensemble de compétences professionnelles)

Le référentiel métier compétence édité en 2010<sup>1</sup>, à l'incitation du ministère de la Santé, dans le cadre de la mission Matillon explicite l'ensemble des compétences et les moyens de leur évaluation. Ce référentiel s'appuie sur la définition européenne de la Médecine générale publiée par la WONCA en 2002.

Il rappelle que pour exercer la spécialité, la Médecine générale requiert des compétences dans quatre champs d'activité :

- la démarche clinique spécifique
- la communication avec les patients et leur entourage
- la gestion de l'outil professionnel
- les relations coordonnées avec l'environnement professionnel et les institutions sanitaires et sociales

C'est une discipline scientifique centrée sur la personne, pour la pratique comme pour la recherche.

Trois dimensions spécifiques sont fondamentales :

- La dimension scientifique : l'approche critique basée sur l'analyse des données issues de la recherche et l'élaboration des connaissances et procédures validées dans ce champ. Le maintien des connaissances visant une amélioration de la qualité des soins.
- La dimension comportementale : les compétences et performances professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- La dimension contextuelle et culturelle : le contexte de la personne et du médecin, de la famille, de la communauté, du système de soins

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques et leur mise en œuvre dans la durée caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialité. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui est la base et sert de guide. Elle doit se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et de démarche qualité.

### 5.2 Sécurité des soins en Médecine générale

La Loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, définit les missions des établissements de santé et des acteurs qui agissent en leur sein.

L'article L. 6111-1 du code de la santé publique précise : « *Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, ... le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes... Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de*

<sup>1</sup> Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : éditions Berger-Levrault, 2010

*résidence... Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé».*

... Pour les activités de Médecine générale, la sécurité sanitaire consiste à mettre en place les conditions qui permettent de proposer le praticien qui convient à tout moment et en tout lieu. Ce praticien, correctement formé à sa discipline et régulièrement mis à jour, doit pouvoir disposer des conditions matérielles et organisationnelles qui lui permettent d'exercer pleinement et sereinement son métier, au mieux de l'intérêt des patients.

Les environnements professionnels évoluent, quelles que soient les disciplines médicales. La médecine générale est tout à fait concernée par la définition des compétences et les termes de la loi HPST : modernisation des établissements de santé, maintien de l'accès de tous à des soins de qualité, coopération interprofessionnelle, Développement Professionnel Continu, Prévention et Santé des populations, Organisation territoriale. Une nouvelle approche de notre système de santé s'impose donc et les évolutions de la médecine de premier recours, plus particulièrement celle dénommée « Médecine générale, médecine de famille », impliquent de s'inscrire totalement dans la réflexion sur la sécurité des soins et la sécurité sanitaire. La médecine générale, à la fois discipline scientifique et discipline d'exercice, doit être en capacité de répondre aux besoins de la population en termes de sécurité sanitaire, aux exigences de la démographie médicale et de l'accès aux soins. Elle doit pouvoir développer des lieux de formation et de recherche en soins primaires, avec mise en œuvre de moyens prioritaires :

- L'existence d'un **référentiel métier** et d'un référentiel de formation, afin d'argumenter les démarches médicales adaptées.
- La nécessaire intrication entre le **système de formation initiale et le développement professionnel continu (DPC)**
- La diffusion de standards de **qualité** de soins et d'enseignements dans le cadre ambulatoire d'une discipline essentiellement clinique intégrant une démarche probabiliste.

Les multiples projets de Maison de Santé, de Pôle de santé, de Maison de Santé Universitaire Ambulatoire, justifient encore plus de répondre au cahier des charges de la Loi. La démarche de création de ces structures doit être avant tout d'origine professionnelle, accompagnée et soutenue par les politiques et les institutionnels. Un consensus entre professionnels et élus est requis pour répondre à la fois à un besoin de santé et aux aspirations professionnelles d'une meilleure qualité de travail, garants de la sécurité sanitaire et sociale. Une structuration juridique simplifiée doit être envisagée, des dossiers médicaux électroniques partagés dans l'ensemble du secteur des soins primaires doivent être mis en œuvre, la co-professionnalité doit être effective : ces exigences sont nécessaires à court terme. Des financements supplémentaires seront indispensables, tant pour les activités de création et de coordination, que pour les services médicaux nouveaux avancés. **Sans le respect des investissements nécessaires au développement de ces moyens, l'exigence de sécurité restera du niveau de l'intention.**

L'émergence de la **filière universitaire de Médecine générale** est incontestablement un élément qui participe à l'optimisation de la sécurité par la professionnalisation du D.E.S. : des lieux de soins permettant de développer des lieux de « soins ambulatoires, avec enseignement et recherche ». L'expertise en soins primaires est une démarche continue d'approfondissement et de maintien de sa compétence professionnelle. Cette expertise concerne tous les champs de la pratique professionnelle : le soin, l'organisation du cabinet médical, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, l'éthique, le travail en réseau... etc. Elle associe aussi des démarches de questionnements sur la pratique professionnelle sincère et les choix de formation pour l'améliorer tout au long de l'exercice de sa profession. Cette logique permet de prolonger la dynamique vers le Développement Professionnel Continu (DPC), que le médecin autogère en construisant son plan d'évaluation et de formation tout au long de sa vie professionnelle. La participation de la profession à la construction d'indicateurs permettant d'authentifier l'amélioration de la pratique en est un corollaire.

Les maisons/pôles/réseaux de santé sont amenés à se développer et à devenir un des modèles des soins de santé primaires de demain, il faut faire preuve d'innovation. Si la sécurité des soins n'accompagne pas l'innovation médicale, nous devons craindre que le progrès s'efface au profit de l'incident ou de l'accident. Il faut donc assurer une formation des leaders et acteurs de ces projets : éducation à la gestion, au management, aux ressources humaines, aux aspects financiers, aux aspects administratifs et techniques, qui font cruellement défaut dans notre formation initiale et continue actuelle. C'est en collaboration avec des professionnels spécialistes de ces domaines qu'il faut travailler. Cette nouvelle culture est indispensable. Si les médecins n'investissent pas le champ du management, il y a de fortes probabilités pour que se révèlent soit des « appétits extérieurs » (ce qui signifierait des coûts élevés et une qualité aléatoire), soit des payeurs (ce qui signifierait une perte d'indépendance avec des objectifs limités), ne laissant à la médecine générale universitaire qu'une fonction d'enseignement clinique, et aux professionnels qu'une fonction soignante sous tutelle, avec le risque d'une perte de sens du soin au détriment du patient. Il y a là un vaste champ d'innovations pédagogiques et professionnelles à exploiter.

## 5.3 La formation initiale et la filière universitaire de Médecine générale

### 5.3.1 - L'enseignement en second cycle

Les enseignants de Médecine générale doivent être intégrés dans l'enseignement de second cycle, en abordant les problèmes de santé dans une approche de soins de santé primaires, sans les enfermer dans la formation à l'accompagnement et la relation. L'enseignement doit privilégier le raisonnement, la démarche clinique et l'utilisation adaptée des moyens techniques dans une démarche d'efficacité au bénéfice du patient. Le "qui peut le plus peut le moins" a montré ses limites : apprendre son métier dans une structure suréquipée ne prépare pas à exercer dans un contexte de soins primaires.

Les évolutions proposées découlent de ce constat :

- Adapter la formation à la prévalence et identification des problématiques de santé en lien avec les contextes de soins : éviter l'accumulation de connaissances décontextualisées.
- Développer les stages d'externe : initier ce stage au plus tôt dans l'externat, pour favoriser précocement le contact avec les soins de santé primaires
- Viser à terme plusieurs stages en Médecine générale, augmenter la volumétrie ECN des sujets axés Médecine générale.

### 5.3.2 - D.E.S. de Médecine générale et la filière universitaire

Les articles de la Loi HPST ont fixés de manière législative les nécessités en matière de nominations d'enseignants titulaires de Médecine générale (20 PU, 30 MCU et 50 CCU par an et pendant 4 ans) par un amendement à l'unanimité des deux chambres. Le MESR a montré dans les suites de ce vote son insuffisance d'investissement et de volonté politique, en contradiction avec les choix affichés par les ministères de la santé successifs pour la discipline. C'est une situation heureusement paradoxale que le ministère de la santé soit historiquement l'acteur principal du champ universitaire de la discipline Médecine générale. La Médecine générale doit enfin disposer d'objectifs chiffrés de postes équivalents temps plein d'enseignants universitaires avec une prospective à moyen terme.

Pour 11000 internes en T1 T2 T3, environ 15000 internes dans le D.E.S, la création et l'organisation de l'enseignement en 2<sup>ème</sup> cycle et le développement des stages en 2<sup>ème</sup> cycle, il est raisonnable d'envisager un ratio de 1 poste équivalent temps plein pour 30 internes (moins d'1/10 dans les autres filières), soit un objectif le plus rapidement possible de 500 équivalents temps plein (versus plus de 5000 ETP hospitalo-universitaires), soit 250 titulaires temps plein et 500 associés mi temps pour remplir ses fonctions.

En partant de la situation actuelle, environ 50 temps plein et 200 mi-temps, il serait nécessaire d'avoir un plan sur 10 ans afin de lisser l'augmentation pour des raisons budgétaires et de pyramide des âges, prévoyant la nomination tous les ans de 20 titulaires supplémentaires et de 30 associés mi-temps supplémentaires. Ces postes doivent être dédiés et s'imposer lors de la révision des effectifs pour ne pas être soumis aux arbitrages avec les autres disciplines.

Des objectifs chiffrés cohérents avec les précédents doivent être définis concernant les chefs de clinique des universités afin de permettre de créer le vivier de l'enseignement et de la recherche disciplinaires. L'annonce ministérielle récente prévoit de doubler le chiffre actuel limité à 82 Chefs de clinique des universités (CCU) et 14 Chefs de clinique associés (CCA). Il serait logique dans cette perspective de prévoir rapidement un nombre de 250 CCU + 40 CCA (postes nécessaires dans le cadre du post clinicat pour préparer le concours annuel de 20 titulaires). La pérennité des postes de CCA dans ce cadre doit être inscrit dans les textes réglementaires pour ne plus devoir être négocié chaque année et soumis à la volonté parfois changeante de la tutelle.

### 5.3.3 - D.E.S. de Médecine générale à 4 ans à l'instar des autres D.E.S.

La formation en Médecine générale doit former à un contexte ambulatoire nouveau par rapport au contexte hospitalier prédominant dans les 2 premiers cycles, à un champ d'exercice très large pour un premier recours efficient, aux compétences du médecin généraliste. La durée actuelle de 3 ans est insuffisante dans ce contexte et apparaît aujourd'hui comme une incongruité par rapport à des formations de 4 ans pour des D.E.S de spécialités au champ plus resserré.

Une durée de 4 ans est nécessaire pour permettre une professionnalisation avec un dispositif pour la 4<sup>ème</sup> année de collaboration tuteurée en lien avec la faculté. C'est une solution pour permettre pendant la dernière année du D.E.S l'ouverture aux internes de Formations spécifiques transversales (FST) compatibles avec le D.E.S (médecine du sport, addictologie, expertise médecine légale, soins palliatifs/douleur). C'est de surcroît une nécessité identitaire conférant à

la discipline une reconnaissance égale à celle des autres, pour que la formation soit en cohérence avec la priorisation pour les soins primaires qu'il faut aujourd'hui faire partager aux futurs professionnels comme au grand public.

### 5.3.4 - Maîtrise de stage

La formation en situation est un enjeu prioritaire car elle permet la qualité de l'apprentissage contextualisé en référence aux compétences professionnelles. Elle est indispensable pour inciter à l'exercice dans les territoires où la formation est organisée. La quantité de formateurs professionnels est donc un objectif très important.

Afin de garantir une offre de stage permettant l'accueil de tous les internes et les externes, il est nécessaire de compter sur 12 000 maîtres de stage régulièrement formés.

L'organisation des stages en soins primaires justifie des aménagements symboliques mais forts :

- Retirer l'obligation de stage en CHU. Les étudiants sont déjà largement initiés au fonctionnement du CHU lors des deux premiers cycles.
- Supprimer la nécessité de faire signer par un médecin hospitalier le certificat d'aptitude physique et mentale pour la prise de fonctions d'interne.
- Faciliter les formations hors régions, notamment lorsqu'ils permettent d'aller se former dans des contextes correspondant à l'exercice futur.
- Faire participer l'interne à la PDS.

La formation et le suivi pédagogique des MSU doivent être organisés. Il est prioritaire que la formation soit poursuivie dans le cadre du dispositif national de DPC et relève d'un financement dédié « hors quota ». Le hors quota ne doit pas être battu en brèche par les dispositions que l'OGDPC prend actuellement et qui le vident de sa signification. Les engagements des MSU en matière de formation, de temps pédagogique, de suivi doivent permettre de bénéficier d'avantages et de reconnaissance professionnels. Etre MSU nécessite un haut niveau de compétence et d'investissement. Valoriser la maîtrise de stage en l'incluant dans le « forfait structure » ou dans le ROSP

## 5.4 Développer la Recherche en Médecine générale et soins de santé primaires

Actuellement les données, les connaissances et les preuves scientifiques relevant des soins de santé primaires sont insuffisantes en France. Le Comité d'Interface Inserm-Médecine générale et le Collège de la Médecine générale ont analysé la situation et font des propositions pour permettre à ce secteur de mieux se déployer en France. Il apparaît en effet indispensable de développer une réelle politique nationale de recherche en soins de santé primaires : le rapport Cordier évoque une sanctuarisation du financement de la recherche en santé publique et en soins primaires.

### 5.4.1 - Justification de propositions pour développer la recherche

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'importance des polyopathologies, les inégalités sociales et géographiques de santé, nécessitent d'avoir une plus grande visibilité sur les soins ambulatoires. La place des soins de santé primaires est réaffirmée dans la Stratégie nationale de santé : l'axe 2.1 propose de « *Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles* », au sein desquelles le médecin traitant est appelé à jouer un rôle majeur dans la coordination des soins.

L'universitarisation de la Médecine générale doit s'accompagner du développement de la recherche au sein des départements universitaires de Médecine générale. La Stratégie nationale de santé propose que l'alliance Aviesan, qui regroupe CHU, universités et EPST, soit positionnée comme un lieu stratégique et incite les acteurs de la recherche non encore associés à la rejoindre, notamment dans le champ des soins de proximité. Un programme de recherche et d'évaluation sur la performance des systèmes de santé et les pratiques professionnelles, concernant en particulier les soins de proximité, est évoqué, avec la construction de méga-bases de données en santé. Nous soutenons cette intention.

La plupart des démarches diagnostiques, des stratégies thérapeutiques et des protocoles de suivi sont élaborés à partir de données hospitalières et ne sont pas toujours applicables en soins de santé primaires : « *On ne peut pas demander aux médecins généralistes de mettre en œuvre une médecine fondée sur les preuves sans développer la production de ces preuves* ». La Médecine générale est un observatoire privilégié des problèmes de santé des Français, qui majoritairement consultent régulièrement un médecin généraliste : l'activité ambulatoire permet de suivre les patients dans leur milieu de vie, au plus près des réalités quotidiennes, et de recueillir des informations sur une base populationnelle. C'est un support pertinent de veille épidémiologique et une source de données sur l'accès aux soins, les pratiques médicales et leur qualité, non exploités en France contrairement à ce qui est observé dans d'autres pays. Les indicateurs de terrain et les résultats issus de la recherche en soins de santé primaires peuvent orienter efficacement les décisions de santé publique, en explorant en



particulier les facteurs d'inégalités sociales de santé. L'analyse des déterminants des pratiques des médecins et de leurs patients doit permettre de mieux identifier les freins et les moteurs du changement.

#### 5.4.2 - Propositions concrètes nécessitant une articulation avec le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR)

- Mettre à disposition des jeunes médecins généralistes chercheurs des bourses de recherche (masters M2, thèses d'université) : attribution annuelle de 32 bourses de M2 (1 par UFR) et de 16 bourses de thèse.
- Donner les moyens humains et matériels aux Départements de Médecine générale de développer un secteur recherche, afin de disposer d'une assistance méthodologique aux investigateurs et d'une aide à la gestion des données, sur le modèle des Unités de Recherche Clinique hospitalières.
- Mettre en place au sein de l'ANR un appel thématique « santé et système de soins ambulatoires » pour des projets de recherche sur les soins de proximité (*axe 2.1 de la Stratégie nationale de santé*).
- Créer et abonder des Programmes Ambulatoires de Recherche Clinique (PARC), sur le modèle des PHRC ou des PREPS. Le cahier des charges devra privilégier les projets concernant les soins de santé primaires ambulatoires, les équipes d'investigateurs composées de médecins généralistes en exercice en coopération avec une unité de recherche labellisée, la sélection des programmes par un comité scientifique et un panel d'experts composés à parité de généralistes chercheurs.
- Instituer le lancement par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) d'un appel d'offre spécifique centré sur les soins de santé primaires à partir de l'exploitation de bases de données existantes.
- Proposer un financement pérenne et coordonné des actions et mutualiser les ressources actuelles. Par exemple, aider les réseaux d'investigateurs, rapprocher les dispositifs actuels : Réseau Sentinelle Inserm et Réseau Grog, Baromètre Santé INPES (médecins généralistes) et Panel d'Observation des Pratiques – DREES/Inserm 912.
- Mettre en place et financer un dispositif de recueil en continu des pratiques réelles concernant les prestations de soins de santé primaires. Cette démarche pourrait s'appuyer sur le groupe de travail HAS, ASIP Santé et Collège de la Médecine générale sur le DataSet de bonnes pratiques (DSBP) en cours d'élaboration.
- Mettre à disposition des ressources humaines au sein de l'Assurance maladie permettant aux médecins chercheurs d'accéder aux bases de données institutionnelles de type SNIIRAM.
- Valoriser la participation au recueil de données comme une mission du médecin généraliste, et l'inclure dans les indicateurs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.
- Favoriser le développement de la recherche en soins de santé primaires au sein des maisons et pôles de santé pluri-professionnels et l'intégrer dans les nouveaux modes de rémunération et dans les critères de labellisation universitaire.

### 5.5 Pour un Développement Professionnel Continu tout au long de la vie

Les médecins généralistes ont des besoins de formations spécifiques liées à la polyvalence de leur activité, donc à la nécessité d'une poly-compétence, sur diverses thématiques nécessaires pour exercer ce métier. Un accompagnement au changement s'avère nécessaire compte tenu des enjeux et des réponses à apporter : transition épidémiologique, travail en équipe, nouveaux modes d'organisation, etc. Tel un 4<sup>ème</sup> cycle, le DPC doit s'inscrire dans la logique de la FMI selon un curriculum utilisant des méthodes de formation analogues.

#### 5.5.1 - L'abrogation du chapitre DPC de la Loi HPST

Le texte actuel est en contradiction avec l'esprit de la Loi de santé écrite « au bénéfice des patients », selon la volonté réaffirmée par Madame la Ministre. Le DPC ne peut se résumer à la réalisation d'un type de programme à minima. Sa gestion ne peut être confiée à une administration de type bancaire.

#### 5.5.2 - Une refonte du système

1. **La finalité du Développement Professionnel Continu** est l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité des soins, par la mise à jour et le maintien des compétences professionnelles. La compétence est un « savoir agir en situation adapté aux circonstances et au contexte » et elle s'entretient par l'analyse réflexive des pratiques..

2. **L'obligation déontologique/ légale de DPC**, au service du maintien de la compétence, au regard du service rendu au patient doit être rappelée dans la Loi, l'État en est le garant légitime « tout au long de la vie professionnelle ».
3. **La Loi doit rappeler les enjeux, et le cadre général, et doit déléguer l'organisation à la profession** et aux instances paritaires.
4. Chaque **profession doit être co-gestionnaire du cadre qui la concerne**, selon le modèle suivant :
  - Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) sont les garants du dispositif tant au niveau de la définition des besoins et des objectifs que de la pertinence scientifique et pédagogique de « l'offre de formation ».
  - Les commissions paritaires (financeurs/professionnels) par profession sont les organes de mise en œuvre opérationnelle du dispositif.
  - Les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) garantissent la qualité des formations et programmes, avec contrôle a priori et a posteriori et valident scientifiquement les cahiers des charges des appels d'offres.
  - La gestion financière et administrative est confiée à un organisme de type OPCA, avec garantie de bonne gestion et transparence selon règles de la comptabilité publique. Cette gestion peut être déléguée à l'OPCA de la profession concernée (FAF PM pour les médecins libéraux, via des conventions d'objectifs et de moyens).
  - Un Conseil des CNP ou Haut conseil du DPC, instance consultative, peut assurer la coordination et l'harmonisation entre les différentes professions, pour mettre de la cohérence.

Pour les professions conventionnées, cette organisation pourrait être **déléguée aux conventions avec l'assurance maladie, pour la mise en œuvre opérationnelle des relations avec les professions de santé**, car rentrant dans le cadre d'honoraires différés liés à l'acceptation d'une convention avec les organismes de Sécurité Sociale.

5. **La nécessité de financements publics** (caisses, État), fléchés sur des objectifs partagés  
L'amélioration des pratiques et donc de la qualité résulte de plusieurs actions synergiques, et doit être ancrée dans la pratique et sur un territoire. Une enveloppe est attribuée annuellement pour chaque profession, avec gestion dans le cadre conventionnel. Les modalités de déclinaison et de gestion de l'enveloppe fermée par profession sont définies par les commissions paritaires.
6. Une gestion de **l'obligation simplifiée**  
L'obligation d'amélioration et d'actualisation des compétences est légale et déontologique. Elle participe à la qualité des soins et du service rendu au patient, dont l'État est le garant (mais l'obligation ne peut se réduire à une obligation minimale et réductrice, en contradiction avec le concept même de Développement professionnel continu). Le DPC est un des moyens de la compétence. Le DPC appartient à chaque professionnel.  
Les CNP définissent des recommandations permettant aux professionnels de gérer cette « obligation de compétence à travers le DPC ». Un conseil des CNP met de la cohérence entre les différents CNP. L'Ordre des médecins est garant du respect de cette obligation.

Chaque professionnel doit constituer un dossier (portefeuille) des éléments constituant son DPC, témoignant de son engagement dans une démarche pérenne (attestations d'actions réalisées dans le cadre de la formation ou du PAP, validations des organismes etc.), sur les bases des recommandations établies par les CNP. Il est opposable.

Ce dossier (ou un extrait) peut être fourni à l'Ordre des médecins, selon une fréquence à définir (3 ou 5 ans), sur demande aléatoire ou en cas de problème médico-légal.

## 6. La place des patients dans le dispositif de santé

Le patient n'est plus considéré comme le bénéficiaire passif des soins, mais comme un acteur nécessaire et très présent du système de santé. Les évolutions du cadre légal concernant les droits individuels et collectifs des patients et les responsabilités des professionnels de la santé ont modifié les rapports soignants-soignés. Les associations de patients se sont multipliées pour assurer un rôle d'information et de soutien aux malades. Le savoir du patient est de plus en plus souvent pris en considération, notamment dans l'éducation thérapeutique (patients experts par exemple).

### 6.1 La sensibilisation des patients à l'utilisation pertinente du système de santé

Les patients ont une image de la médecine dans laquelle les soins de santé primaires ont une place restreinte : la technologie a pris l'ascendant sur le sens clinique. La demande de participation des usagers aux décisions médicales, l'émergence d'une

démocratie sanitaire, incitent à associer les patients à la réorientation vers les soins de santé primaires. La sensibilisation des patients à l'utilisation pertinente du système de santé doit leur permettre de choisir le recours médical le plus utile pour leur problème. Il faut notamment expliquer aux patients que l'évolution spontanée des maladies peut être favorable et qu'il n'est pas toujours nécessaire de se précipiter chez le médecin au moindre symptôme. Cette démarche passe par la mise en place de campagnes d'information grand public sur les soins de premier recours, en particulier à visée des populations défavorisées. Un mode d'emploi des soins de santé primaires ambulatoires doit être élaboré avec les représentants d'usagers. L'accessibilité des patients aux soins de santé primaires doit être améliorée. L'identification plus claire du parcours de soin du patient, à travers le programme personnalisé de santé doit restaurer la fluidité du système. Les démarches de prévention et d'éducation thérapeutique, associées à l'activité de soins, seront plus efficaces si elles sont développées dans une démarche de proximité, au plus près des besoins des patients.

## 6.2 La participation effective des patients aux décisions de santé

La participation des patients et citoyens est devenue un enjeu sociétal et politique pour des raisons démocratiques (représentativité, participation), morales et éthiques (justice), mais aussi pratiques (efficacité).

## 6.3 La médiatisation régulée des informations santé

L'autonomisation croissante des patients et citoyens est favorisée par la médiatisation accrue des affaires de santé dans la presse et l'audiovisuel. La démultiplication de l'offre d'information de santé sur Internet facilite l'accès à l'information mais aussi l'expression du savoir du patient. L'usage, dans un cadre médical ou non, de dispositifs spécialisés ou grand public (banques de données, applications pour smartphones, appareils de diagnostic ou d'alerte automatiques, objets connectés) permettant d'établir soi-même ou de manière automatique des diagnostics, modifie en profondeur le rapport du praticien au patient pour la prévention, la surveillance, le traitement.

## Propositions de modifications à la Loi de Santé

*A l'instar de beaucoup de pays européens, le système de santé français doit se recentrer sur les soins de santé primaires. La hiérarchisation effective des recours médicaux nécessite de placer la Médecine générale comme la première étape du parcours de santé du patient, à travers un renforcement du rôle du médecin traitant.*

*Le médecin généraliste doit être le premier contact du patient avec le système de santé et assurer une coordination des soins efficace. Pour remplir ce rôle, la Médecine générale doit disposer des moyens appropriés, tant sur le plan budgétaire qu'organisationnel.*

- **Créer dans la Loi un chapitre Médecine générale et soins primaires qui regroupent toutes les mesures existantes ou à venir.**
- **Renforcer la hiérarchisation du système de santé autour des soins de santé primaires, en confortant dans la Loi, " la fonction traitante du médecin généraliste", avec extension à l'enfant.**  
 Cette fonction est décrite précisément, sur la base des principes et fonctions de la discipline, avec tâches et objectifs opérationnels
  - Réponse de premier recours et de proximité aux demandes de soins des patients, continuité des soins, synthèse.
  - Prévention, dépistage, éducation à la santé
  - Organisation des soins primaires autour de la fonction du médecin traitant, notamment en lien avec prévalence des problématiques de santé : maladies chroniques, vieillissement
  - Eligibilité au parcours de soins : coordination du parcours de soins, suivi, hiérarchisation des soins
- **Impliquer l'hôpital et les établissements de soins et de santé dans le parcours de soins.** Les interfaces seront favorisées.
- **Inscrire le patient dans tous les dispositifs de soins et d'accompagnement sous la pleine responsabilité et l'accord et l'implication du médecin traitant** (Coordination Territoriale Appui, réseaux de soins et de santé, Asalée, Espec, Sophia, etc.).
- **Développer un maillage territorial des soins primaires et en améliorer la visibilité et la disponibilité : les ARS doivent contribuer à accompagner les professionnels au changement,** et répondre aux besoins du territoire identifiés par un diagnostic partagé, et créer les conditions et les moyens pour répondre aux besoins du territoire et aux objectifs du maillage.
- **Elaborer les plans de santé publique après consultation** du Collège de la Médecine Générale qui peut demander l'expertise des autres collèges en tant que de besoin. Ecrire ce qui est attendu des soins de santé primaires, et décliner des objectifs opérationnels qui seront mis en œuvre dans les conventions par métier.
- **Faire de la convention nationale le lieu de la déclinaison opérationnelle, de la contractualisation, et des modalités de la formation et de l'accompagnement des professionnels,** notamment par le Développement Professionnel Continu incluant diverses actions synergiques.  
 Des volets spécifiques conventionnels pourront être envisagés tant en professionnel qu'en interprofessionnel pour répondre aux enjeux de l'organisation des soins primaires. Des volets régionaux pourraient permettre l'adaptation aux besoins régionaux  
 L'organisation du travail en équipe de soins primaires fait ainsi l'objet de la mise en œuvre de contrats types négociés nationalement dans le cadre conventionnel. Les relations de l'étape de soins primaires avec les autres acteurs du soin et de la santé font l'objet de relations formalisées entre les différents acteurs, et sont enregistrées auprès des ARS.  
 Le Code de la sécurité sociale, dans ses articles définissant le contenu et la forme des conventions, doit donc être adapté pour que la convention médicale permette par un rôle renforcé la mise en œuvre des objectifs fixés dans cette Loi de santé.

- **Fixer dans la Loi l'équité de traitement de la spécialité Médecine générale en cohérence avec les autres disciplines médicales, et en lien avec ses missions :**
  - Rémunération des différentes missions et tâches du médecin traitant = valeur de l'acte, diversification de la rémunération, adaptation des forfaits
  - Différentes modalités de rémunération du travail en équipe
  - Développement des ROSP organisationnels, et forfait structure permettant de flécher les budgets sur les structures de travail
  - Rémunération de la coordination au médecin traitant
  - Poursuite de la politique de valorisation de la relation médecin traitant – médecin correspondant
  - les moyens nécessaires à l'exercice nécessitent la fin de la notion de prescription réservée, qui doit être remplacée par des modalités de prescriptions respectant des procédures (par exemple RCP pour la chimio, PGR pour l'isotrétinoïne ...) selon des modalités définies par décret
  
- Définir dans la Loi organique (LFSS) **un cadre et des objectifs sociaux et d'intérêt général**, en même temps que l'ONDAM.

**Au sein de l'ONDAM, définir un fond d'investissement dans l'organisation des soins primaires** pris sur la masse globale, pour favoriser la structuration de soins de santé primaires (chaque années 0,2% soit 400 millions), permettant un investissement sur les soins ambulatoires de proximité, pour accompagner les réformes.

Ces objectifs s'imposent aux négociateurs conventionnels, par exemple :

  - fléchage sur la fonction traitante du médecin qui a contractualisé avec son patient,
  - fléchage sur la modernisation et la structuration des structures d'exercice collectif permettant un exercice regroupé et pluri professionnel.

Un plan de lutte contre les ISS accompagne chaque ONDAM qui y consacre des moyens spécifiques

Un plan permettant aux acteurs de soins primaires d'organiser le maintien à domicile
  
- **Créer au sein du ministère de la santé, une Direction des soins de santé primaires** dont les missions pourraient comprendre tous les points liés au changement nécessaire de l'organisation des soins de santé primaires en France :
  - Analyser et identifier les évolutions en cours de l'organisation des soins de proximité
  - Analyser et identifier les aides nécessaires à l'accompagnement aux nouvelles organisations des équipes de soins de santé primaires, y compris la formation initiale et continue
  - Organiser les modifications réglementaires à adopter pour faciliter cette évolution de l'aménagement des soins primaires.
  - Cette direction examine la cohérence de tout dispositif ou réglementation proposées par les autres directions et des agences de l'état au regard de la cohérence et des objectifs de la stratégie nationale de santé définie
  
- **Définir un plan de nomination sur 10 ans d'enseignants de médecine générale** prévoyant tous les ans, 20 titulaires et 30 associés mi-temps supplémentaires. Ces postes doivent être dédiés et s'imposer lors de la révision des effectifs pour ne pas être soumis aux arbitrages avec les autres disciplines.
  
- **Abroger le chapitre 58 de la Loi HPST** concernant le DPC
  
- **Refonder un nouveau système utile et simple** sur les bases suivantes :
  - La Loi rappelle les enjeux, réaffirme la finalité et les objectifs du DPC, ainsi que le périmètre de l'obligation.
  - Elle définit le cadre organisationnel général, et délègue l'organisation à la profession et aux instances paritaires : chaque profession doit être co-gestionnaire du cadre qui la concerne. Pour la gouvernance, les fonctions pilotage général, scientifique et administrative et financière sont clairement séparées.
  - Pour les professions conventionnées, cette organisation est déléguée aux conventions avec l'assurance maladie, pour la mise en œuvre opérationnelle des relations avec les professions de santé
  - Des financements publics (caisses, État) sont fléchés chaque année sur des objectifs partagés, en fonction des besoins spécifiques.
  
- **Impliquer les patients dans le recentrage du système de santé vers les soins primaires** : proposer un mode d'emploi des soins de santé primaires aux patients