

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

SOMMAIRE

<i>Préambule</i>	<i>p.04</i>
1. Un système de santé organisé autour des soins de santé primaires	p.05
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
2. Place de la Médecine générale dans un système de soins organisé	p.07
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
3. La santé publique	p.09
4. Les moyens d'exercice	p.09
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 - L'enseignement en second cycle	
5.3.2 - D.E.S. de Médecine générale et la filière universitaire	
5.3.3 - D.E.S. de Médecine générale à 4 ans à l'instar des autres D.E.S.	
5.3.4 - Maîtrise de stage	
5.4 Développer la Recherche en Médecine générale et soins de santé primaires	p.16
5.4.1 - Justification de propositions pour développer la recherche	
5.4.2 - Propositions concrètes nécessitant une articulation avec le MESR	
5.5 Pour un Développement Professionnel Continu tout au long de la vie	
5.5.1 - L'abrogation du chapitre DPC de la Loi HPST	p.17
5.5.2 - Une refonte du système	

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. Presse Med. 2013; 42: 258–260	
Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la Médecine générale. RESP 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^{ème} 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 ordinale 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 santé¹. Les données scientifiques ont montré que des soins de santé primaires

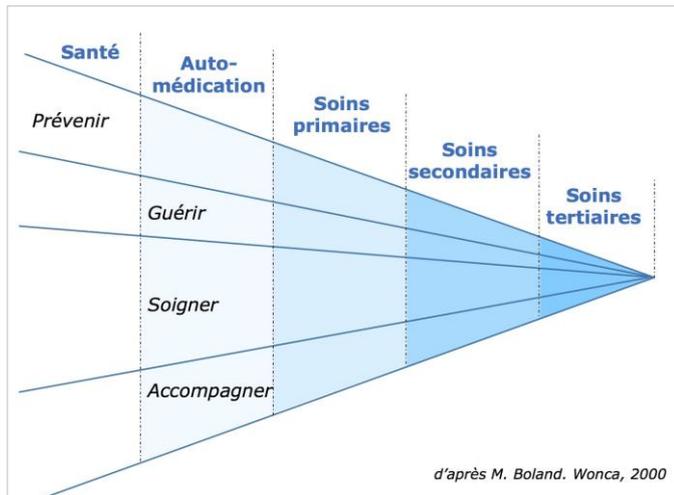


Figure 1 : Place des soins de santé primaires dans l'éventail des soins de santé

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 perçue². 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 primaires³. 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 hiérarchisé⁴. 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 Cordier⁵ 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 efficace⁴.

¹ 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

² 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.

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

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

⁵ 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 voire 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 patients¹. 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 2001² 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 »³.

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.

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

² 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

³ 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^{ème} et 3^{ème} 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 2010¹, 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*

¹ 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^{ème} cycle et le développement des stages en 2^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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'utilisateurs. 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

ANNEXES

Liste des personnalités ou structures auditionnées

Auditions organisées entre le 4 février et le 4 mars 2015

Le Groupe de travail remercie toutes les personnes et personnalités qui ont accepté dans un délai restreint de préparer leur entretien, de donner de leur temps et d'apporter leur expérience et leur expertise et ainsi permettre de réaliser ce rapport au plus près des besoins de la discipline.

Premier groupe « Université »

CNGE	Pr. Vincent RENARD , Président du CNGE
ISNAR IMG	Mr. Pierre-Antoine MOINARD , Président de l'ISNAR IMG
SNEMG	Dr. Mathieu CALAFIORE , Maître de conférences associé, Président du SNEMG Dr Anas TAHA , Chef de clinique, Vice-Président du SNEMG

Deuxième groupe « Professionnels »

CSMF	<i>Représentant le Dr. Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF :</i> Dr. François-Charles CUISIGNIEZ , Président de la CSMF Jeunes Médecins Dr. Luc DUQUESNEL , Président de l'UNOF-CSMF Dr. Patrick GASSER , Président de l'UMESPE Dr. Nicolas SAINMONT , Secrétaire Général adjoint de l'UNOF, membre du bureau de la CSMF
FMF	Dr. Jean-Paul HAMON , Président de la FMF Dr. Jean-Michel MATHIEU , président de la FMF Centre Dr. Corinne Le SAUDER , Vice-Présidente la FMF
MG France	Dr. Martine LANGLOIS , Vice-Présidente de MG France Dr. Claude LEICHER , Président de MG France Dr. Jean-Claude SOULARY , Président de MG FORM
SML	Dr. Eric HENRY , Président du SML Dr. William JOUBERT , Secrétaire Général du SML Dr. Laurent PONS , Trésorier-Adjoint du SML
USMCS	Dr. Eric MAY , Président de l'USMCS Dr. Frédéric VILLEBRUN , Secrétaire Général de l'USMCS

Troisième groupe « Génération d'avenir »

ANEMF	Mr. Sébastien FOUCHER , Président de l'ANEMF Mr. François-Antoine CASCIANI , Vice-Président Problématiques Professionnelles de l'ANEMF
ISNAR IMG	Mr. Pierre-Antoine MOINARD , Président de l'ISNAR IMG
REAGJIR	Dr. Jacques Olivier DAUBERTON , Président de REAGJIR Dr. Jean-Baptiste BLEYNIE , représentant du Collège des remplaçants de REAGJIR
SNJMG	Dr. Théo COMBES , Président du SNJMG

Institutions

CNAMTS	Mme Dominique POLTON , Conseillère auprès du Directeur Général de la CNAMTS Mr. Nicolas REVEL , Directeur Général de la CNAMTS
CNOM	<i>Représentant le Dr. Patrick BOUET, Président du CNOM</i> Dr. Robert NICODEME , Président de la section Formation et Compétences Médicales du CNOM Pr. Stéphane OUSTRIC , Conseiller national, Vice-Président de la section Exercice Professionnel du CNOM, Professeur des Universités de Médecine Générale
FFMPS	Dr. Pierre DE HAAS , Président de la FFMPS Dr. Jacques FRICHET , président de FORTS PRO 276 Dr. Didier MENARD , Président de la FEMASIF
FNCS	Dr. Richard LOPEZ , Président de la FNCS, Directeur de la Santé de la Ville de Saint Denis

Personnalités individuelles

- **Pr. Yvon BERLAND**, Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)
- **Mr. Yann BOURGUEIL**, Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRD.E.S.)
- **Mr. Alain CORDIER**, Président de la Commission parcours de soins et maladies chroniques de la HAS
- **Dr. Jean-Baptiste DELAY**, Président de Médecins de Montagne, médecin correspondant Samu, maître de stage, membre du comité de pilotage du réseau MCS Rhône-Alpes, accompagné du **Dr. Patrick JOUBERT**, médecin correspondant Samu, maître de stage, membre de la CSI.
- **Mme Danièle DESCLERC-DULAC**, Présidente du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), accompagnée par **Mr Marc MOREL**, Directeur du Collectif Interassociatif Sur la Santé
- **Mme Brigitte DORMONT**, économiste de la Santé, Directrice du LEDA-LEGOS
- **Pierre RICORDEAU**, Secrétaire Général des Ministères sociaux
- **Dr. Dominique RINGARD**, Président de SOS Médecins de France, représenté par **Dr. Thierry ARNAUD**, SOS Médecins France, **Dr. Patrick GUERIN**, ancien Président de SOS Médecin France et **Dr Patrick SIMONELLI**, Président de SOS Médecins du Val-d'Oise.
- **Mr. Didier TABUTEAU**, Conseiller d'État, responsable de la Chaire Santé de Sciences politiques
- **Pr. Jean-Pierre VINEL**, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de médecine

CONTRIBUTIONS DES PERSONNALITES ET STRUCTURES AUDITIONNEES

Réflexions et propositions du CNGE



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

1.1 La hiérarchisation du système de santé

Le médecin généraliste, médecin de soins primaires est celui du premier recours identifié et organisé, dans la logique naturelle de ses missions et de ses compétences.

Afin que la logique de soins primaires puisse exister, encore faut-il qu'il existe une tutelle qui en ait la responsabilité de manière spécifique et identifiée. De manière similaire, encore faut-il connaître les ressources qui y sont allouées en individualisant les lignes budgétaires concernant les soins primaires de manière à évaluer la ressource qui y est consacrée.

1.2 Les parcours de santé / parcours de soins

Le premier des parcours, c'est un parcours débutant par un premier recours respecté et identifié.

La suite du parcours, c'est l'orientation à partir des soins primaires vers des soins secondaires 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 comme à l'hôpital.

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 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 le système et pour les patients sont définis avec les tutelles, les représentants des patients, des professionnels et des scientifiques de la discipline.

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

Il faut que les moyens soient donnés aux soins primaires pour la gestion et l'organisation des parcours et la centralisation des 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.

Par exemple, 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 actuellement pas le plus souvent une manière de penser le système autrement. Ces métiers et ces délégations constituent souvent une manière détournée de compenser les problèmes démographiques et ne sont pas réfléchies au service d'un meilleur fonctionnement du système de santé. Il est d'ailleurs significatif qu'alors qu'un des problèmes identifiés dans le système français est le poids excessif du secteur hospitalier et des spécialités d'organes, et le poids trop faible des soins primaires, les pistes envisagées concernent le transfert de tâches au sein des soins primaires (du médecin vers les paramédicaux) et non le transfert de la médecine d'organes vers la médecine générale ou les soins primaires qui devrait être priorisé compte tenu du constat.

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

Les spécialités ne peuvent être réfléchies qu'en fonction des rôles qu'on leur confie en regard des besoins et des compétences auxquelles elles sont formées. Un certain nombre de spécialités en ambulatoire ne répondent à aucun besoin de santé mais juste à l'externalisation de l'hôpital dont les besoins sont saturés et dont la formation des professionnels ne correspond qu'à un besoin de faire vivre la filière de formation et de recherche.

L'exemple de l'inutilité de la gynécologie médicale que tout le monde connaît est patent tellement elle correspond à un mélange entre affichage idéologique et lutte d'influence au service d'intérêts catégoriels.

L'exemple de la pédiatrie résume bien la discordance entre la filière de formation qui relève en grande majorité de sur spécialisations pédiatriques sous l'égide des responsables universitaires et la revendication de l'ensemble de la profession de jouer un rôle de soins primaires pour lequel la majorité de leur formation est inutile voire antinomique, le tout sans coordination avec la médecine générale ni au plan universitaire ni au plan professionnel.

Il faut donc définir les missions des différentes spécialités et définir quelles sont les spécialités utiles en contexte ambulatoire.

Pour jouer un rôle de coordination, le médecin généraliste doit avoir l'obligation d'un courrier pour adressage vers les soins secondaires et tertiaires, ce qui implique des moyens (cf. supra). En miroir, il doit y avoir obligation de retour d'informations et de réadressage au médecin traitant pour permettre une coordination efficace.

2. Une Médecine générale au cœur du système de santé

2.1 Les caractéristiques de la médecine générale

Les caractéristiques sont définies et publiées, et définissent un exercice en 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.

2.2 La fonction traitante du médecin généraliste

Vu les caractéristiques et les compétences disciplinaires, la fonction est de facto celle de médecin traitant

2.3 Les compétences professionnelles

Les compétences sont écrites et publiées : Premier recours et urgences, prévention dépistage et éducation, continuité suivi et coordination, approche globale et complexité, professionnalisme, relation communication approche centrée patient, sont les compétences auxquelles sont formés les internes et que le système de santé doit permettre d'exercer

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, sage-femme et professions 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 pluriprofessionnelles 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. Les plans de santé publique et la médecine générale

3.1 L'organisation et l'articulation avec les 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 réel pilotage 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 ».

Une logique de santé publique pour les soins primaires devrait être discutée avec le collège disciplinaire.

3.2 L'implication de la discipline, les aspects opérationnels

La médecine générale étant une médecine de proximité et de premier recours maillant le territoire, 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.

4. Les moyens de l'exercice professionnel

4.1 La démographie

Il est recommandé de viser 65% de médecins de soins primaires si le système est organisé et structuré. Dans ces médecins de soins primaires, au moins 60% devraient être des médecins généralistes assumant les rôles et fonctions du médecin généraliste.

Pour atteindre cet objectif, le levier le plus important reste la formation initiale (cf.5) qui détermine l'attractivité pour le métier. L'autre levier est professionnel et se résume à mettre fin au déséquilibre des contraintes entre exercice libéral d'une profession réglementée dont les missions sont celles d'un service public, et exercice salarié.

La contrainte d'installation n'a pas de sens pour une spécialité pas assez choisie dans les circonstances actuelles, sinon à aggraver l'effet de fuite.

Afin de permettre une vision claire des métiers et de la démographie à venir dans chacun d'eux, 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. On rappelle que 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.

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 du métier exercé.

4.2 Les modes d'exercice

Il est recommandé de permettre tous les modes d'exercice actuellement en vigueur en médecine générale afin d'en conserver tous les acteurs, et de privilégier le développement de structures d'exercice en groupe du type maisons pluri professionnelles de soins primaires afin d'impulser une dynamique pour l'installation des plus jeunes et pour la pertinence de l'exercice. Ce modèle d'un vrai travail en équipe est encore très minoritaire dans le tissu professionnel pour des raisons historiques et culturelles. Il ne peut donc 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.

Si l'on souhaite privilégier l'exercice des compétences du médecin généraliste, il faut en favoriser l'installation dans les territoires, donc former dans les territoires (cf.5) et inverser la tendance qui privilégie actuellement le remplacement à l'installation. Il est donc maintenant urgent que le statut de médecin généraliste installé soit nettement plus attractif que celui de remplaçant.

4.3 Les modes de rémunération

Le paiement à l'acte est profondément inadapté aux tâches que remplissent les médecins de soins primaires et pervertit l'exercice de la médecine générale. La rémunération doit évoluer vers une part forfaitaire comprenant une rémunération de structure en fonction du service offert, une rémunération en fonction du nombre de patients pris en charge, une rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé définis par un comité scientifique indépendant du financeur. Il faut bannir la définition d'indicateurs par le financeur car son conflit d'intérêt est massif et décrédibilise ce type de rémunération, et il n'a de plus aucune légitimité scientifique pour les définir ; en témoigne malheureusement aujourd'hui le peu de pertinence d'indicateurs pourtant peu nombreux en vigueur dans la Rémunération sur objectifs de santé publique.

La suppression du ticket modérateur chez le médecin généraliste devrait être la règle permettant de lutter contre les inégalités sociales de santé, facilitant l'accès aux soins et indiquant clairement au patient le parcours d'entrée dans le système de santé. De manière intermédiaire et si cette mesure n'était pas assumée par la tutelle, il serait licite de moduler le ticket modérateur pour qu'il soit au minimum en soins primaires et plus élevé en soins secondaires.

Dans la même logique, le tiers payant devrait être généralisé en médecine générale, à condition que les solutions techniques le permettent, à savoir, un seul flux, une garantie de remboursement rapide du professionnel, une garantie d'absence de sélection du risque quelle qu'en soit la méthode.

4.4 Les affectations budgétaires indispensables et leurs moyens

La part consacrée aux soins primaires doit augmenter dans le système de santé avec définition d'objectifs programmatiques.

5. La formation et la recherche

5.1 La formation Initiale

Nous demandons à ce que nous puissions enfin disposer d'objectifs chiffrés de postes équivalents temps plein d'enseignants universitaires avec une prospective à moyen terme. Pour 11000 internes en T1T2T3, 15000 internes dans le D.E.S, la création et l'organisation de l'enseignement en 2^{ème} cycle et le développement des stages en 2^{ème} 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 HU). On peut envisager 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 devraient être dédiés et s'imposer lors de la révision des effectifs pour ne pas être soumis aux arbitrages entre 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).

- 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 de 3 ans est insuffisante dans ce contexte. Sa durée équivalente aux autres D.E.S participe du renouveau identitaire conférant à la discipline une reconnaissance égale à celle des autres.

Cette durée de 4 ans est nécessaire pour permettre une professionnalisation avec un dispositif pour la 4^{ème} année de collaboration tuteurée en lien avec la faculté. C'est la seule 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).

- Maîtrise de stage

La formation en situation est un enjeu prioritaire car elle permet la qualité de l'apprentissage 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, on estime qu'il est nécessaire de compter sur 12000 maîtres de stage formés.

La formation et le suivi pédagogique des MSU doit donc être organisée. La formation doit être poursuivie dans le cadre du dispositif national de DPC et relever d'un financement dédié « hors quota ». Le hors quota ne doit pas être battu en brèche par les dispositions que l'OG DPC prend actuellement et qui le vident de sa signification. Les engagements des MSU en termes de formation, de temps pédagogique, de suivi doivent permettre de bénéficier d'avantages et de reconnaissance professionnels.

5.2 Le DPC et la FMC en médecine

La formation tout au long de la vie professionnelle est une nécessité impérieuse. La dérive marchande et désorganisationnelle du DPC ne la permet clairement pas. Entre la réduction du temps indemnisé pour les professionnels, le saupoudrage des budgets sans aucune logique de santé publique, la dispersion des financements vers n'importe quel organisme et n'importe quel projet sans aucun contrôle ni aucune logique de pertinence, et la dérive marchande qui en découle, le dispositif de formation professionnelle est en train de sombrer. Les fonds doivent être dédiés à des thèmes de santé publique en petit nombre, clairement identifiés et négociés avec les collègues disciplinaires, et être fléchés sur des appels à projet permettant une visibilité et des garanties de qualité.

5.3 La recherche en médecine générale

La recherche en médecine générale doit se développer compte tenu de la carence observée depuis des années en l'absence préalable de recherche universitaire.

Le frein au développement est largement en rapport avec l'absence d'appels d'offres spécifiques et l'absence de visibilité de ces appels d'offre. Des budgets dédiés sont nécessaires de type Programme ambulatoire de recherche clinique (PARC), afin que soient réellement développés des travaux en rapport avec les soins primaires.

Pour le CNGE, Pr Vincent Renard, Président

3 rue Parmentier
93100 Montreuil sous Bois
Tel : 01 75 62 22 90
cnge@cnge.fr

Contribution de REAGJIR et ISNAR-IMG



PROJET DE LOI DE SANTE

MISSION "MEDECINE GENERALE"
AUDITION GROUPE 3

CONTRIBUTION COMMUNE
4 FEVRIER 2015 DE 14 H A 16 H - SALLE 5419

SOMMAIRE

Une formation en lien avec l'exercice / Développer la FUMG	3
<i>Promotion de la Médecine Générale dès le deuxième cycle</i>	3
<i>Un vrai DES de Médecine générale</i>	3
<i>Un contenu formation en cohérence avec le contenu métier</i>	3
<i>L'internat, une période de transition courte et délicate</i>	4
<i>CCU-MG, porte d'entrée de la FUMG</i>	4
<i>Un post-clinicat adapté à l'exercice ambulatoire</i>	5
<i>Des lieux de formation en soins primaires et de recherche en soins ambulatoire</i>	5
Un système de santé organisé autour des soins de santé primaires	5
<i>Redéfinir les soins de santé primaires en France</i>	5
<i>Place de la médecine générale au cœur du système de santé</i>	6
<i>Modes de rémunération</i>	6
<i>Modes d'exercice</i>	6
<i>Rôle des Remplaçants</i>	7
<i>DPC et FMC en soins primaires</i>	7
<i>Organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines de soins primaires</i>	7
Une Médecine générale 2.0	7

Tél. 01 70 61 70 00 (du lundi au vendredi, de 9h00 à 15h00 et de 17h00 à 20h00)
 Fax : 01 76 50 22 67 — contact@reagjir.com — www.reagjir.com

 @ReAGJIR  ReAGJIR



contact@isnar-img.com
www.isnar-img.com
 @ISNARIMG
 ISNAR IMG

UNE FORMATION EN LIEN AVEC L'EXERCICE / DEVELOPPER LA FUMG

Promotion de la Médecine Générale dès le deuxième cycle

L'attrait pour la Médecine Générale doit passer par **une bonne connaissance** de celle-ci. Cela se joue dès le début du cursus universitaire. C'est pourquoi il semble important que **les externes** bénéficient **tous** d'un **stage ambulatoire** afin de découvrir ce mode d'exercice qui est à l'heure actuelle encore trop peu présent au cours de leur formation.

L'objectif de **100% d'externes en stage chez le médecin généraliste** pris dans le cadre du Pacte Territoire Santé doit être poursuivi¹.

Pour faciliter les stages en médecine ambulatoire dès l'externat, des **logements** éloignés des CHU doivent pouvoir être proposés aux externes ainsi que des **lieux décentralisés de formation**, éventuellement par visioconférence.

La promotion de la FUMG doit se faire sur le terrain avec les stages obligatoire MAIS AUSSI lors de la formation théorique avec l'intervention d'enseignants de médecine générale dès le second cycle, notamment dans l'apprentissage de la sémiologie, des pathologies les plus fréquentes (ex : HTA, diabète...) et les modules transversaux...

Pour cela, leur nombre doit être suffisant.

Enfin, **l'enseignement dispensé par les Chefs de Clinique Universitaires de Médecine Générale (CCU-MG) ne doit pas se réduire – et donc réduire la Médecine Générale – à la relation médecin malade** mais mettre en évidence l'ambition qui est la sienne : l'hépatologue conseille le sevrage alcoolique, le médecin généraliste le fait.

Un vrai DES de Médecine générale

La **réforme du troisième cycle** des études médicales² doit **concrétiser l'objectif commun du virage ambulatoire**. Il paraît essentiel de **définir le plus précisément possible ces termes**, aujourd'hui devenus un élément de langage récurrent.

Cela passera par **une formation hors de l'hôpital** et notamment hors du Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Le passage en stage au CHU ne doit plus être obligatoire dans la formation d'un médecin généraliste.

Dans l'hypothèse d'un DES de Médecine Générale de 3 ans, **au moins 3 stages devraient obligatoirement être ambulatoires** :

- un stage chez le **praticien de niveau 1**,
- un stage **ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS)**,
- et un stage **ambulatoire de santé de la femme et de l'enfant (SAFE)**.

Cette nouvelle configuration implique le **recrutement massif de Maîtres de Stage Universitaires (MSU)**, passant obligatoirement **par la revalorisation de la Maîtrise de stage, par exemple via la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)**.

Dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, un travail majeur doit être engagé visant à **définir les objectifs des stages a priori** et à **permettre une évaluation a posteriori digne de ce nom**.

Les internes de médecine générale doivent pouvoir candidater et accéder à une année-recherche à la fin de la troisième année de leur DES.

Un contenu formation en cohérence avec le contenu métier

Au-delà du virage ambulatoire, la **formation des futurs généralistes doit être révisée dans son contenu³ et correspondre à ce qui sera leur exercice à la sortie de l'internat**.

¹ Engagement n°1 du Pacte Territoire Santé - Marisol Touraine - Décembre 2012

² Troisième Cycle des Études Médicales - Propositions de l'ISNAR6IMG - Octobre 2014

³ Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale - ISNAR-IMG - Janvier 2015

Les internes de médecine générale doivent notamment être formés :

- à l'installation,
- à la gestion du cabinet,
- à l'interprofessionnalité, aux compétences des autres professionnels de santé et plus particulièrement à l'exercice en réseau ambulatoire.
- à la prise en charge des motifs de consultation psycho-sociaux en collaboration directe avec les assistantes sociales,
- aux gestes techniques courants relevant des compétences du médecin généralistes (avec formations sur mannequin).

La formation des généralistes de demain doit s'appuyer sur les outils que représentent les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). La présence dématérialisée en formation théorique doit être rendue possible et facilitée. Le développement d'un portfolio électronique compilant les traces d'apprentissage (ou e-portfolio) doit être une priorité, associée à l'harmonisation en quantité et en qualité au niveau national des dites traces.

Il faut également développer et faciliter la possibilité (notamment financière) de faire des stages en inter-CHU ou des stages à l'étranger pour les internes. Favoriser la mobilité des internes et leur permettre de découvrir d'autres pratiques pour enrichir la leur.

Rendre obligatoire la lecture de revues scientifiques médicales anglophones pour la validation du DES de Médecine Générale. Alors que 99 % de la littérature médicale est publiée en langue anglaise, les étudiants en médecine continuent de plancher sur des épreuves de Lecture Critique d'Article (LCA) aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) en Français. Cette incohérence doit prendre fin au cours de l'internat, favorisant l'appropriation de la littérature par les internes, facilitant leur implication dans la recherche en soins primaires.

Les internes de médecine générale sont dans l'obligation de participer au service de garde lors de leurs stages hospitaliers. Pourtant, ils ne participent pas obligatoirement à la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) lors de leurs stages en cabinet, ce qui correspond pourtant davantage à leur mode d'exercice futur. Les internes de médecine générale doivent pouvoir y participer afin de se former le plus tôt possible à ses spécificités. Des modalités pratiques, financières et assurantielles doivent être mises en place en ce sens.

L'internat, une période de transition courte et délicate

L'entrée dans l'internat se fait à l'issue des Epreuves Classantes Nationales (ECN).

Leur numérisation va considérablement réduire les délais de correction et la publication des résultats. Cela devra amener à une réflexion sur l'utilisation à des fins de formation des mois post ECN, de juin à octobre inclus.

L'interne ne peut exercer ses fonctions qu'après avoir présenté un certificat d'aptitude physique et mentale à la Direction des Affaires Médicales (DAM) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dont il relève.

Aujourd'hui, ce certificat ne peut être signé que par un Praticien Hospitalier (PH). Mesure discriminatoire et vexatoire pour les médecins généralistes traitants, cette restriction est aussi et surtout à l'origine de ruptures du parcours de soins chez des étudiants ayant déjà spontanément tendance à l'auto-prescription et l'automédication. Cette restriction dangereuse n'a plus aucune raison intellectuelle justifiée d'exister et doit cesser avec la Loi de santé.

Etudiant et déjà professionnel, l'interne doit se voir obligatoirement proposer une consultation au minimum annuelle de médecine universitaire et/ou de médecine du travail. Ces interlocuteurs doivent être clairement identifiés et facilement accessibles, dès le début de l'internat.

CCU-MG, porte d'entrée de la FUMG

L'annonce par Madame Marisol TOURAINE du doublement du nombre de postes, en ouverture du Congrès de l'ISNAR-IMG le 30 janvier dernier, doit être suivie de nominations rapides, conséquentes et garantissant aux jeunes enseignants chercheurs un véritable statut universitaire.

Ces nominations iront de pair avec le maintien et la pérennisation des postes de Professeurs et Maîtres de Conférence de Médecine Générale.

La part soin doit être librement choisie par les chefs de clinique de médecine générale.

Un post-clinicat adapté à l'exercice ambulatoire

Un CCU-MG, à l'issue de ses quatre années de clinicat (2 ans renouvelables 2 fois 1 an), a plusieurs possibilités, dont candidater au poste de **Maître de Conférence des Universités (MCU-MG)**.

Les conditions pour candidater à un poste de MCU-MG nécessitent **une à deux années supplémentaires**. Actuellement, il est proposé aux CCU-MG sortant de devenir **CCA-MG**. Les postes de CCA-MG doivent être renégociés chaque année.

La création d'un véritable statut intermédiaire type PAU (Praticien Ambulatoire Universitaire) basé sur le statut de PHU est une étape incontournable au développement pérenne de la FUMG.

Des lieux de formation en soins primaires et de recherche en soins ambulatoire

Pour la première fois, il est question de **labelliser "universitaires" des structures de soins ambulatoires**. L'Université arrive donc sur le terrain des soins primaires.

Cette universitarisation de structures doit être un **ciment entre profession et discipline**, et non l'inverse.

Notre filière doit être **accessible**, s'étendre et exister sur tout le territoire. Elle **ne doit pas être l'apanage d'une élite de structures ou de professionnels**. ReAGJIR avait pris position dès 2013 sur les Maisons de Santé Universitaires, proposant ainsi un ensemble de critères de labellisation évitant cet écueil.⁴

Ces structures doivent aussi **permettre le développement de la recherche en soins primaire**. Depuis les ordonnances DEBRÉ, la recherche est surtout axée sur les CHU et peu en ambulatoire. **La FUMG a besoin d'une recherche de qualité et cela ne peut avoir lieu qu'en ambulatoire.**

Promouvoir la recherche en soins primaires auprès des étudiants (externes) et des internes de MG a **plusieurs objectifs** :

- **Pour les externes**, leur apprendre qu'une **filière universitaire existe également en médecine générale** et donc qu'une **carrière universitaire est aussi possible** dans cette filière ;
- **Pour les internes**, les amener à **s'investir dans le futur de leur spécialité** voire à soutenir leur thèse plus rapidement pour la publier et recevoir une rémunération correspondante ;
- **Pour les jeunes installés**, être **systématique dans la classification des actes et pathologies de leurs patients** parce qu'ils savent que cette classification permet de **fournir des données pour la recherche**.

La recherche en soins primaires **en France a des années de retard** par rapport à celle menée par nos confrères anglo-saxons. Des moyens doivent être donnés pour orienter les travaux de recherche dans ce sens :

- **augmentation du nombre de PHRC ambulatoires**, à rebaptiser **PARC (Projet Ambulatoire de Recherche Clinique)** ;
- **accès aux bases de données garantissant l'anonymisation des patients et protégeant leur données de santé de toute utilisation commerciale**, ou pouvant desservir l'intérêt de ces mêmes patients (assurances, employeurs...).

UN SYSTEME DE SANTE ORGANISE AUTOUR DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Redéfinir les soins de santé primaires en France

En 1978, l'OMS⁵ définit les soins de santé primaires comme des *"soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination."*

Il est important, à partir de cette définition, de réunir les différents acteurs des soins (professionnels de santé, patients, État) afin de pouvoir donner leur vraie place aux soins primaires en France.

⁴ *Labellisation universitaire des structures pluri-professionnelles de soins primaires ambulatoire, document de propositions de ReAGJIR*
<http://www.reagjir.com/joomla/documents-de-propositions/label-u>

⁵ *Organisation mondiale de la santé*

Cette concertation permettra de définir une vraie hiérarchisation du système de santé, la place des patients dans ce système. **La nomination d'interlocuteurs connaissant l'exercice ambulatoire au sein des institutions comme la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) par exemple, faciliterait le dialogue avec les professionnels de santé.**

Place de la médecine générale au cœur du système de santé

Le médecin généraliste est le **pilier du système de soin**.

Ses **missions sont définies de façon large et consensuelle par la WONCA⁶** (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

En France, ces missions sont reprises et étoffées par la **loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**, dite loi HPST.⁷

Les missions du médecin généraliste sont de plus en plus variées et complexes. A ces **compétences médicales** s'ajoutent des **compétences de gestion, d'organisation, de coordination**. Il faut donc de **nouveaux outils** (Coordinateur/coordinatrice de projet, logiciel informatique partagé, etc.), de **nouvelles structures** (Maisons et pôles de santé, centres de santé, etc.).

Dans le parcours de soins du patient, **le médecin généraliste doit devenir un acteur incontournable, un réflexe.**

Modes de rémunération

La **rémunération** du médecin généraliste doit être **adaptée** à ces nouveaux besoins et permettre une meilleure accessibilité au soins du patient.

Un **forfait annuel pour l'équipement**, ainsi que la **prise en charge partielle des secrétariats médicaux, des coordonnateurs**, doit être mis en place. Ce forfait serait calculé selon différents critères : le nombre de patients pris en charge, le nombre de professionnels impliqués dans la structure (médicaux, paramédicaux et administratifs).

Il est important de mettre en place **un véritable schéma de coordination au sein de la structure.**

A chaque mission son mode de rémunération

- Contribution à l'offre de soins ambulatoires en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé : **capitation et/ou forfait pour toutes ces missions, sauf pour le diagnostic et le traitement d'une pathologie aiguë qui relèvent de l'acte**
- Orientation du patient dans le système de soin et le secteur médico-social : **capitation**
- Coordination des soins de ses patients : **capitation**
- Supervision pour l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections de longue durée et contribution au suivi des maladies chroniques : **capitation**
- Synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé : **capitation**
- Contribution à des actions de prévention et de dépistage : **forfait pour des missions extérieures à la structure de soin (ex : éducation dans un collège à proximité) ; capitation pour les actions dans la structure de soin (ex : éducation thérapeutique pour les patients de la structure)**
- Participation à la permanence de soins : **forfait et acte**
- Contribution à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles universitaires : **forfait**
- Contribution à la recherche clinique : **forfait**

Modes d'exercice

Tous les modes d'installation doivent être reconnus comme tels par la CPAM.

Ainsi un médecin collaborateur au sein d'un cabinet doit être considéré comme faisant partie de la structure traitante, comme c'est maintenant le cas pour les médecins associés.

Il n'y a pas un mode d'exercice qui surpasse les autres. Le mode d'exercice doit être librement décidé en fonction des projets des professionnels et des problématiques liées à chaque territoire.

⁶Définition Européenne de la médecine générale :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

⁷ Article 36 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST

A ce jour, on peut noter des **freins, pourtant faciles à lever, à l'exercice libéral** comme par exemple l'absence de couverture sociale, une prévoyance plus que douteuse et des délais de carence inadmissibles.

Rôle des Remplaçants

Les remplaçants sont des **acteurs du système de soins à part entière** bien que **mal identifiés par les instances**. Ils participent à la **continuité des soins** en assurant une présence médicale en l'absence d'un médecin installé. Ils sont considérés comme **secteur 1 de facto** bien qu'ils ne signent pas la convention puisqu'ils n'y ont pas accès. **Leur activité doit être reconnue à part entière : prévoyance identique aux installés, qu'ils soient thésés ou non (CARMF), participation aux élections URPS, identification de leur activité et de leurs prescription...**" Cela doit se faire dans l'objectif d'une installation future.

Une piste d'exercice pour les remplaçants a été proposée par ReAGJIR : **l'Offre Publique de Soins Ambulatoires (OPSA)**⁸. Elle consiste en la **gestion par une structure publique d'un pool de remplaçants salariés** qui effectueraient leurs remplacements dans les **zones sous-denses** en fonction des besoins. Il s'agit donc de **faire découvrir aux remplaçants les zones déficitaires sous le statut de salarié** avec l'objectif qu'au final ils **s'installent** dans cette zone après la fin du contrat (contrat d'un maximum de 3 ans).

DPC et FMC en soins primaires

Le **système de formation continue** des médecins généralistes ne fait **que régresser** alors que la discipline reste aussi complexe du fait de son champ d'action étendu.

Les moyens alloués au DPC ou à la FMC doivent être suffisants pour assurer une formation performante et indépendante à tous les professionnels de santé

Organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines de soins primaires

Travailler ensemble et non pas à côté, ça ne s'improvise pas.

Pour cela, les professionnels et futurs professionnels de santé doivent pouvoir **très tôt échanger autour de leurs compétences propres et de leurs compétences communes**.

Une fois sur le terrain, les concertations et la communication entre professionnels doivent être valorisées, de façon organisationnelle et par des rémunérations dédiées

UNE MEDECINE GENERALE 2.0

Les besoins en terme de santé de la population française, ont énormément évolué. Plus de patients poly-pathologiques (HTA, Diabète etc.), de plus en plus informés et actifs par rapport à leur état de santé.

La médecine générale est en première ligne car elle répond à cette problématique.

Au même moment, une nouvelle génération de médecins généralistes, formée depuis 10 ans par un DES en constante évolution, a hâte d'exercer son métier de façon responsable, et de la meilleure façon possible.

Cela passe par une remise à plat, une **concertation large avec les autres professionnels de santé, l'État et les patients**, afin de mettre en place **une médecine 2.0**.

⁸ <http://www.reagjir.com/joomla/documents-de-propositions/2013-02-26-10-43-33>

Contribution du SNEMG

La discipline Médecine Générale et sa filière universitaire sont les solutions efficaces pour relever le défi démographique et répondre durablement aux problématiques d'accès aux soins



Le contexte démographique est inquiétant et continue à se dégrader d'année en année. Le SNEMG prend acte depuis plusieurs années d'une dévalorisation de la médecine générale sur le plan académique, scientifique et professionnel.

Le constat est le suivant :

Sur le plan de la démographie :

La médecine générale est le pivot de notre système de soins.

Cette notion est inscrite dans la loi. Le rôle de la médecine générale a été conforté par la mise en place du médecin traitant par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

Cette place est reconnue par la population. Lors des états généraux de la santé, les français ont réaffirmé leur souhait d'une médecine de proximité et 95% d'entre eux ont plébiscité les médecins généralistes pour être leur médecin traitant.

Dans la perspective d'atteindre une meilleure efficacité à coût moindre, les systèmes de soins organisés avec un véritable secteur des soins primaires de médecine générale ont montré leur efficacité. Sur la base de l'enquête décennale de santé réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), 71 % des premiers recours se font chez les généralistes ⁽¹⁾.

Mais la médecine générale est une spécialité en souffrance.

Le nombre des médecins est en baisse permanente avec une densité de médecin généraliste par habitant qui ne cesse de diminuer. De plus, il existe une forte disparité entre les régions. Même dans les régions apparemment « bien dotées », les territoires ruraux sont désertés et l'âge des médecins augmente faisant craindre une désertification à moyen terme. Certaines zones urbaines deviennent elles-aussi des zones désertées.

Sur le plan professionnel

En termes de dévalorisation et de démobilité des professionnels en exercice :

De nombreux professionnels quittent le métier avec une durée d'exercice de 19 ans pour un exercice plein et entier théorique de 35 ans en raison :

- De l'absence de reconnaissance sociologique, politique et de rémunération.
- De la pénibilité de l'exercice liée aux conditions de travail et aux horaires, d'autant plus lourde que le praticien est isolé.
- Du manque de perspectives et d'évolution de carrière.

Sur le plan académique :

Les étudiants ne choisissent pas ou peu la spécialité médecine générale en formation médicale initiale.

La cohorte d'étudiants en médecine générale représente la moitié des étudiants formés dans les facultés. Cependant elle reste une spécialité mal connue et non reconnue. De nombreux étudiants font le choix de la médecine générale par défaut. Ils délaissent certains postes mis aux choix à l'ECN.

Les raisons de cette désaffection sont multiples :

- La méconnaissance du métier de médecin généraliste. Cette méconnaissance est induite par l'organisation actuelle des parcours d'étudiants et par l'insuffisance des stages de médecine générale ⁽³⁾.
- Le rejet par les étudiants de la médecine générale en raison de la mauvaise image, du mode d'exercice et du mode de rémunération (66% des internes de médecine générale formés préfèrent le salariat)
- L'absence de perspective de carrière universitaire en médecine générale, malgré la création de la filière universitaire de médecine générale (FUMG).

La FUMG se met en place lentement. En 1991 sont nommés les premiers enseignants associés de médecine générale, en 1997 mise en place d'un stage ambulatoire de médecine générale, création des premiers départements de médecine générale, en 2007 nomination des premiers chefs de clinique, en 2008 le vote à l'unanimité de la loi précisant le cadre législatif de la FUMG faisant de la discipline médecine générale une discipline universitaire à l'instar des autres disciplines, en 2009 la nomination des 10 premiers titulaires.

En 2014, on dénombrait 42 titulaires (33 Professeurs et 9 Maîtres de Conférence), 195 enseignants associés de médecine générale (68 Professeurs et 127 Maîtres de Conférence) soit 139,5 équivalents temps plein universitaire, qui ont pris en charge 11 000 internes de médecine générale en T1T2T3 et 15 000 internes en DES. Le ratio internes/équivalents temps plein était de 1/103 là où il atteint 1/10 en moyenne dans les autres spécialités.

Les enjeux de demain pour la formation médicale initiale en médecine générale sont importants :

- Généraliser le stage de médecine générale ambulatoire en 2ème cycle
- Généraliser le stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée
- Un DES à 4 ans avec une 4^{ème} année professionnalisante en médecine générale ambulatoire
- Réformer le post internat et créer les conditions nécessaires au développement des carrières universitaires dans la discipline médecine générale

Des moyens humains en adéquation sont nécessaires pour recruter, former et encadrer les enseignants de médecine générale.

Sur le plan scientifique :

La France accuse un retard considérable en matière de recherche clinique en soins primaires. L'absence de structuration et de valorisation de la recherche en soins primaires participe également à la dévalorisation de la médecine générale.

Les raisons sont multiples :

- Le travail universitaire ne permet pas de développer les trois valences : soin, enseignement, recherche. La valence soin est importante s'agissant d'un enseignement professionnel. On ne peut concevoir que cet enseignement soit fait par des maîtres n'exerçant pas (et encore pire, exerçant une autre profession). La valence pédagogique est prioritaire compte tenu des besoins (trop d'étudiants et pas assez d'enseignants). Il ne reste rien pour la recherche !
- Le paiement à l'acte ne favorise pas le travail de recherche qui ne peut se faire qu'au détriment de la part soin. Ce qui explique la carence de la recherche chez les généralistes ne s'occupant que du soin : la recherche est dévolue essentiellement aux généralistes enseignants, à condition qu'on leur en donne les moyens statutaires et financiers
- Le manque de soutien aux équipes généralistes qui ont un projet de recherche. Contrairement aux pays anglo-saxons où des dispositions existent pour favoriser la recherche en soins primaires comme au Canada⁽⁴⁾ :
 - la coordination des politiques nationales et régionales en matière de renforcement des capacités de recherche en soins de santé primaires (SSP)
 - un financement durable, adéquat et opportun de la recherche en SSP pertinent selon les contextes
 - l'aide permettant aux cliniciens d'obtenir des qualifications doctorales en recherche en SSP
 - des plans de carrière durables tant pour les investigateurs cliniques que pour les chercheurs scientifiques
 - le soutien aux réseaux de recherche fondés sur la pratique
- Les travaux de thèse en médecine générale sont intéressants mais peu développés (formation des directeurs de thèse, moyens pour la recherche universitaire en médecine générale, développement d'une banque en ligne nationale des thèses et travaux en médecine générale).

¹ « Les trajectoires de soins en 2003 », Bénédicte Boisguérin et Denis Raynaud, Études et Résultats de la direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique, n° 463, février 2006.

² Conseil National de l'Ordre des médecins <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

³ Synthèse générale du rapport 2005 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

⁴ « Planifier l'avenir de la recherche en soins de santé primaires au Canada » Un rapport présenté à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires Institut de recherche Élisabeth-Bruyère Université d'Ottawa G Russell, R Geneau, S Johnston, C Liddy, W Hogg et K Hogan Septembre 2007

Le SNEMG exige que des moyens dédiés soient mis en œuvre sans attendre pour relever le défi de la formation des futurs médecins généralistes et faire face aux enjeux démographiques

Les quatre propositions du SNEMG sont les suivantes :

Première proposition du SNEMG

Le SNEMG demande la revalorisation de 15% des indemnités pédagogiques pour tous les enseignants cliniciens ambulatoires et une bonification de 50% pour l'encadrement des étudiants en stage de 2^{ème} cycle.

Le montant des honoraires pédagogiques n'a pas évolué durant 10 ans. Il a été revalorisé en janvier 2008 de 12,4%, ce qui constituait un rattrapage partiel.

La reconnaissance du travail pédagogique est indispensable : elle passe aussi par la revalorisation des honoraires pédagogiques. Il y a urgence à reconnaître l'importance de la fonction et de la mission de formation des futurs médecins généralistes. Le minimum est donc un maintien de la rémunération à monnaie constante, nécessitant une hausse immédiate de 15%.

Le stage ambulatoire de médecine générale constitue un levier important pour rétablir l'image dévalorisée de la discipline, permettre le choix éclairé des étudiants vers la spécialité médecine générale et structurer des projets professionnels dont les territoires ont un besoin criant. Ce stage permettra également de donner aux futurs médecins des autres spécialités une vision plus exacte de la médecine générale et de ses spécificités.

L'organisation et la réalisation du stage de médecine générale en 2^{ème} cycle nécessitent un investissement humain et financier conséquent. Il est indispensable que ce stage soit mis en place par les départements de médecine générale (DMG) avec un encadrement de qualité. Il nécessite le recrutement et la formation de Maîtres de Stage des Universités (MSU). Il nécessite la nomination d'enseignants titulaires et associés de médecine générale en nombre suffisant pour en assurer l'encadrement pédagogique et organisationnel dans des conditions décentes.

La bonification de 50% des honoraires pédagogiques pour l'encadrement pédagogique est indispensable. L'accueil d'un externe est nettement plus chronophage au plan pédagogique que l'accueil d'un interne.

Le SNEMG propose également, compte tenu de la situation budgétaire actuelle du pays, que la maîtrise de stage puisse être intégrée dans la ROSP avec l'octroi d'un nombre de points conséquent. La fonction de MSU trouve pleinement sa place en termes d'objectifs de santé publique. Il apparaît dès lors parfaitement cohérent qu'elle soit rémunérée au titre de la ROSP, en plus de la rémunération actuelle sous forme d'honoraires pédagogiques.

Deuxième proposition du SNEMG

Le SNEMG demande le financement et l'indemnisation pérenne de la formation pédagogique, associés à une politique volontariste de formation dans le cadre du DPC

Le MSU fait de l'enseignement en situation professionnelle et prescrit à l'étudiant des tâches pédagogiques. Ceci nécessite une formation pédagogique. Le médecin généraliste qui quitte son cabinet pour aller se former à la pédagogie subit une perte de ressource. Cette perte de ressource doit être compensée par une indemnité de l'ordre de 15C par jour de formation. Actuellement, cette formation est possible par un financement de 2 journées de formation classées « Hors Quota DPC »

De plus, pour assurer la qualité et la pertinence de la formation, il est indispensable de financer ses formations et de les confier aux pairs de la discipline en lien avec des organismes de formation reconnus comme pertinent pour la formation académique des MSU.

Toutefois, l'OGDPC réduit de façon drastique le financement et l'indemnisation des formations à seulement 2 journées par an plus 2 en hors quota. Toutefois, si une formation hors quota est réalisée sur une thématique de pédagogie, aucune autre action de formation à la pédagogie, qu'elle soit hors quota ou non, ne sera plus indemnisée au titre de la même année civile.

L'OGDPC prend depuis plusieurs mois des décisions de financement ou plutôt de non financement de formations des médecins généralistes, qui vont à l'encontre du bon sens, et qui ne feront qu'aggraver une situation déjà difficile.

Troisième proposition du SNEMG

Le SNEMG réclame l'augmentation de l'encadrement au sein des départements de médecine générale avec la nomination d'enseignants de médecine générale :

- 20 enseignants titulaires plein temps de médecine générale par an pendant 10 ans
- 30 enseignants associés de médecine générale mi-temps par an pendant 10 ans
- Doublement sur deux ans du nombre de chefs de cliniques de médecine générale
- Sécurisation de leur part soin et de leur carrière universitaire

La perspective d'excellence universitaire, la mise en place et la généralisation du stage en 2^{ème} cycle, la généralisation du stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée, le nombre d'étudiants à former et la perspective de la 4^{ème} année professionnalisante, nécessitent des moyens humains et financiers en conséquence.

Les nominations d'associés et de titulaires en nombre sont indispensables pour assurer le recrutement et la formation des MSU, assurer l'organisation, les répartitions, le suivi et l'évaluation des étudiants de deuxième cycle et troisième cycle, garantir la participation des enseignants de médecine générale à l'enseignement de la médecine auprès des étudiants du 2^o cycle.

Le SNEMG veut fixer des objectifs chiffrés en termes de poste équivalents temps plein.

Pour 11000 internes en T12T3, 15000 internes dans le D.E.S, la création et l'organisation de l'enseignement en 2^{ème} cycle et le développement des stages en 2^{ème} cycle, il est raisonnable d'envisager un ratio de 1 poste équivalent temps plein pour 30 internes alors qu'il est de 1/10 dans les autres filières, soit un objectif le plus rapidement possible de 500 équivalents temps plein (versus plus de 5000 HU). Ces équivalents temps-plein pourront s'articuler en 250 titulaires temps plein et 500 associés mi temps pour remplir ses fonctions.

En partant de la situation actuelle début 2015, 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 devraient être **dédiés** et s'imposer lors de la révision des effectifs pour **ne pas être soumis aux arbitrages** entre les autres disciplines.

L'ensemble devra s'accompagner d'un plan ambitieux de nomination de chefs de clinique de médecine générale. Le doublement en deux ans du nombre de chefs de clinique, tel qu'annoncé récemment, va dans ce sens et devra être mis en application effective, sur postes dédiés également.

Quatrième proposition du SNEMG

Le SNEMG propose la mise en place des maisons et pôles de santé universitaires ambulatoires en incluant les internats ruraux

Dans le cadre de l'universitarisation de la discipline médecine générale, il est essentiel de créer et développer des lieux ambulatoires universitaires de soins, de formation (maîtrise de stage et enseignement) et de recherche : les maisons et pôles de santé universitaires ambulatoires.

Ces lieux sont à créer en cohérence avec les besoins de la population, des professionnels des soins primaires et des collectivités territoriales.

Ils ont pour objectif principal la qualité des soins et la promotion de la santé (éducation thérapeutique, prévention primaire et secondaire), l'enseignement et la recherche en soins primaires.

Les maisons et pôles de santé universitaires ambulatoires se définissent comme :

- un lieu de travail en équipe regroupant les professionnels de soins primaires. Ils travaillent pour la cohérence du projet de soins autour du patient.
- un lieu de coordination avec les professionnels des soins secondaires et les autres acteurs entrant dans la prise en charge globale du patient et de son entourage.
- un lieu où les professionnels de soins primaires utilisent des protocoles de soins, de dépistage, de prévention, construit en collaboration avec l'HAS et les sociétés savantes de médecine et validé en soins primaires.

Les internats ruraux pourraient être une des réponses à l'hébergement des étudiants, externes et internes.

Il conviendra d'établir des critères objectifs permettant de labelliser « universitaires » les pôles et maisons de santé qui souhaiteraient obtenir ce label.

Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

3 rue Parmentier - 93100 Montreuil sous Bois

Tél. : 01.75.62.22.90

Contact : Dr Matthieu Calafiore

06 13 37 30 86 - m.calafiore@snemg.fr

Contribution de la CSMF



INTERETS A RENFORCER LES LIENS ENTRE « LE 1ER RECOURS » ET « LE 2EME RECOURS »

Concernant l'organisation du système de santé et la place des professionnels de santé libéraux, la CSMF préfère parler d'équipe de soins de proximité plutôt que d'équipes de soins primaires.

En effet, en France, la médecine libérale spécialisée dite de deuxième recours est presque toujours exclue des équipes de soins primaires.

De même, l'expression d'un exercice coordonné pour la prise en charge ambulatoire des patients atteints de pathologies chroniques ignorent la place des spécialistes libéraux de deuxième recours (ex. des négociations ACIP).

Or, aujourd'hui, la présence de ces spécialistes est essentielle pour une prise en charge performante des patients atteints de pathologies chroniques. Plusieurs études étrangères ont montré que le gain d'efficacité le plus important dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques était directement lié au degré de coordination entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes du 2^{ème} recours. Ceci est tout particulièrement vrai pour la prise en charge des soins non programmés qui impacte fortement les organisations professionnelles tant des médecins généralistes que des autres spécialistes. La nomenclature clinique et/ou technique doit donc être valorisée pour favoriser ces prises en charge et cette coordination.

Par ailleurs, certaines aides ont contribué à lutter contre la désertification médicale en favorisant le regroupement des médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé libéraux et l'exercice coordonné entre eux ; a contrario, peu a été fait pour les autres spécialités médicales dont l'évolution démographique est tout aussi préoccupante. Tout particulièrement, le module 1Bis des ENMR proposé en 2014 aux maisons et pôles de santé a été très défavorable pour le développement des consultations avancées des médecins spécialistes et la meilleure coordination entre premier et deuxième recours par rapport au module 1 de la 1^{ère} vague des ENMR. Ceci est regrettable car, non seulement favoriser le maintien d'une offre de soins de 2^{ème} recours est important pour la population, mais cela est aussi déterminant pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Cette présence permet aussi de favoriser des parcours de soins (prise en charge des soins non programmés facilités par la présence de radiologue par exemple) et la mise en place de protocoles (prises en charge des plaies chroniques protocolisée entre dermatologues et IDE).

EXERCICE COORDONNE ET PRATIQUES AVANCEES

Si l'exercice coordonné est aujourd'hui indispensable pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, cela ne justifie pas la présence dans le projet de loi de plusieurs articles (30, 31, 32 et 33) qui s'attaquent aux contours des métiers du médecin, et tout particulièrement du médecin généraliste.

Ces articles ont plusieurs conséquences néfastes :

- Tout d'abord une très mauvaise perception par les médecins libéraux qui ont le sentiment que l'exercice coordonné signifie un démantèlement de leur métier
- Des ruptures dans le parcours de soins ou le parcours de santé de leurs patients avec des prises en charge séquentielles par certains professionnels de santé sans aucune information transmise aux médecins traitants ou aux autres médecins qui assurent le suivi des patients (exemple de Prado sortie de maternité).
- Même dans les équipes de soins de proximité travaillant en exercice coordonné, ces articles provoquent des tensions entre certaines professions de santé freinant ainsi cet exercice coordonné et l'établissement de protocoles entre elles

Pour la CSMF, les conditions à remplir pour faciliter l'exercice coordonné sont :

- Favoriser l'exercice coordonné mono-professionnel entre le 1^{er} et le 2^{ème} recours (cf ci-dessus)
- Différencier la coordination et l'exercice coordonné. La coordination peut être assurée dans certains cas, lorsqu'elle est protocolisée, par un autre professionnel de santé que le médecin. L'exercice coordonné fait intervenir les compétences liées au métier de chacun des professionnels de santé intervenant. Dans ce dernier cas, les niveaux de rémunération doivent être bien sûr différents dans le respect des compétences de chaque professionnel de santé et donc de leur métier.
- Mais l'exercice coordonné dans les équipes de soins de proximité doit être protocolisé et sous la responsabilité du médecin traitant
- Concernant les pratiques avancées, une méthodologie de travail doit être suivie :
 - o Définir les contours des métiers actuels de chaque profession de santé
 - o Valoriser toutes les missions où l'expertise médicale constitue une plus-value
 - o Définir les besoins de soins et de santé qui pourraient justifier des transferts de tâches, protocolisés sous la responsabilité du médecin traitant
 - o Evaluer les impacts éventuels sur la qualité de la prise en charge des patients et mettre en place un suivi par le biais de phases initiales expérimentales
 - o Au travers des expériences étrangères, voir l'impact que peut avoir la mise en œuvre de pratiques avancées sur les organisations professionnelles et les modes d'exercice (libéral, salarié).

Les organisations professionnelles doivent favoriser l'exercice coordonné :

- Les maisons et pôles de santé libéraux ont montré au travers de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) leur capacité à mettre en place un exercice coordonné protocolisé et leur capacité à mettre en place un management d'équipes de professionnels coordonnés au sein de leur structure et une gestion de projets grâce à l'initiative de professionnels. La suite donnée aux ENMR au travers du règlement arbitral ne doit pas entraîner de diminution des dotations pour ces structures. Ceci serait alors clairement analysé comme un signal négatif par les acteurs qui percevront alors ce modèle d'organisation comme ne pouvant être pérenne du fait de dotations en baisse. Le message serait très désincitatif vis à vis de ceux qui sont intéressés par ces organisations.
- Les maisons et pôles de santé libéraux ne doivent pas être les seules organisations favorisant l'exercice coordonné. La CSMF prône un modèle permettant aux professionnels de santé libéraux d'un territoire de se regrouper sous la forme d'une « communauté territoriale de professionnels de santé » qui, après avoir défini un projet de santé territorial, pourra contractualiser avec l'ARS et l'Assurance Maladie pour obtenir le financement des actions à mener. Ces contrats devront s'inscrire dans un cadre national conventionnel. Pour pallier au manque d'expertise de ces professionnels sur ces nouvelles organisations, les URPS doivent pouvoir les aider grâce à des chargés de missions dédiés leur apportant une aide méthodologique, un accompagnement et une aide administrative pour rédiger et déployer leur projet.

MODES DE REMUNERATION

La CSMF regrette que le coût de la pratique ne puisse être intégré dans le montant des actes cliniques.

Pour la CSMF, le paiement à l'acte doit rester largement prépondérant mais doit s'ajouter à une part forfaitaire.

La CSMF est opposé à la dispense d'avance de frais généralisé, quelles que soient ses modalités techniques, car au-delà de la surcharge de travail administratif généré par ce type de paiement, il crée des liens de subordination entre les payeurs (assurance maladie, complémentaires santé) et les médecins qui sont de nature à devenir un obstacle à l'accès à certains soins ou au libre choix de son médecin.

La valeur de la consultation est aujourd'hui notoirement insuffisante et la CCAM clinique doit être enrichie avec la mise en place d'un C2 pour les actes complexes (consultations ou visites à domicile).

Les forfaits actuels doivent être maintenus et revalorisés. Ils permettent de financer toutes les missions remplies par les médecins généralistes en dehors du temps de consultation avec le patient.

La ROSP doit intégrer une composante secrétariat physique qui est un élément déterminant pour soulager les médecins généralistes de certaines tâches administratives, et donc leur libérer du temps médical. Le secrétariat physique est une aide pour le patient dans son parcours de soins ou son parcours de santé. La présence d'un secrétariat physique facilite l'accès aux soins qu'ils soient programmés ou non programmés.

FORMATION UNIVERSITAIRE

Concernant la formation initiale, la CSMF est favorable à l'allongement du DES de médecine générale à 4 ans si cette année supplémentaire correspond à une formation professionnalisante dans les cabinets des médecins généralistes libéraux.

En complément des assistants libéraux et des collaborateurs libéraux, ceci permettrait à ces nouveaux professionnels de santé d'exercer en autonomie sous la responsabilité de médecins généralistes maîtres de stages. Leur présence permettra non seulement de mieux répondre aux demandes de soins, mais aussi d'améliorer la prise en charge de la santé de la population.

L'exercice en ambulatoire et en autonomie, sous la responsabilité du maître de stage universitaire, apportera au jeune médecin, l'expertise nécessaire à l'exercice de la complexité de la spécialité de médecine générale.

La mobilisation des compétences nécessaires à la réalisation d'un acte clinique ne permet pas de déléguer à un autre professionnel de santé la réalisation d'un diagnostic.

La fonction de maître de stage universitaire doit être valorisée.

DPC

La situation actuelle du DPC n'est pas satisfaisante.

La CSMF propose une réécriture de l'article 28 :

Article 28

I. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le titre II est intitulé : « Développement professionnel continu des professionnels de santé » ;

2° Au même titre, le chapitre unique devient le chapitre II et est intitulé : « Gestion des fonds du développement professionnel continu » ;

3° L'article L. 4021-1 devient l'article L. 4022-1 ;

4° Au même titre, il est créé un chapitre I^{er} ainsi rédigé :

« Chapitre I^{er}

« Dispositions Générales

« Art. L. 4021-1. – Le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé.

« Il a pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de santé par l'actualisation et le développement des compétences, compte tenu des domaines d'action et des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé portés par la stratégie nationale de santé.

« Il associe l'analyse, l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances sur la base des recommandations des conseils nationaux professionnels de spécialité et selon des méthodes validées par la Haute Autorité de santé.

~~« Les universités contribuent par leur expertise scientifique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé à la dimension pédagogique du développement professionnel continu.~~

« Le développement professionnel continu est mis en œuvre dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

II. – Les articles L. 4133-1, L. 4143-1, L. 4153-1, L. 4236-1, L. 4242-1 et L. 4382-1 du même code sont abrogés.

III. – Le troisième alinéa des articles L. 4133-2, L. 4143-2, L. 4153-2 et L. 4236-2 du même code est ainsi modifié, pour chacun des articles :

1° Les mots : « après évaluation par une commission scientifique indépendante » sont supprimés ;

2° Après la première phrase, il est ajouté la phrase suivante : « Une commission scientifique indépendante assure le contrôle de la qualité de l'offre de développement professionnel continu **au plus tard dans l'année qui suit l'enregistrement de l'organisme.** »

IV. – A l'article L162-5 insérer :

~~« 14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu en sus de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques mentionnée à l'article L245-6. »~~

Exposé des motifs

La disposition qui prévoit que les universités contribuent, de par leur expertise scientifique, à la dimension pédagogique du développement professionnel continu doit être supprimée.

La formation des médecins libéraux doit être gérée et organisée par la profession et non par les universités.

Par ailleurs, le contrôle de la qualité de l'offre de DPC par la commission scientifique indépendante doit se faire au plus tard dans l'année qui suit l'enregistrement de l'organisme, pour que ce contrôle soit réel.

Enfin, il est proposé de réintroduire le fait que la Convention détermine le montant de la contribution annuelle des Caisses au DPC, dont le montant ne peut être soustrait de celui versé par l'industrie pharmaceutique pour le DPC des médecins.

Confédération des Syndicats Médicaux Français

79, rue de Tocqueville 75017 Paris

Téléphone : 01 43 18 88 00

Contribution de MG France

Canevas de réflexions : les réponses et proposition de MG France

Les thématiques abordées :



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

1.1 La hiérarchisation du système de santé : le parcours de soins et de santé inclut l'ensemble des niveaux de soins. - les soins primaires, secondaires ambulatoires, tertiaires avec hospitalisation sont organisés en relations structurées les uns avec les autres, dans le cadre d'un parcours de soins qui part de la proximité et qui vise à donner une priorité aux soins ambulatoires et répondant à la demande de la population d'un maintien à domicile - sous la responsabilité du médecin traitant dont la fonction est étendue aux **enfants** dès la naissance

1.2 Les parcours de santé / parcours de soins : - le médecin traitant a la responsabilité **d'organiser**, donc de faire ou de faire faire - il travaille en **équipe** de soins primaires qui se constitue autour de la fonction du médecin traitant - le développement d'une médecine de parcours permet un bon usage des moyens en particulier de l'hospitalisation

1.3 L'organisation et la gestion de la santé des patients dans les lieux de soins : - la santé doit être gérée par les acteurs de soins primaires, en équipe, formalisée ou non, donc la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé sont placées **sous la responsabilité du médecin traitant**

1.4 L'organisation avec les autres spécialités de soins de santé secondaires et tertiaires. - Elles interviennent à la demande du médecin traitant, il faut donc conforter la relation médecin traitant médecin correspondant : la coordination faite par le MG doit lui être rémunérée, comme celle du correspondant l'a été par le C2 utilisable maintenant trois fois par an. - Cette organisation a vocation à être protocolée - La ROSP doit valoriser la fonction traitant pour les MG, la fonction correspondant pour les autres spécialités

1-5 La convention doit être le lieu du déploiement de tous les aspects des relations avec les médecins généralistes libéraux, une convention médicale avec trois volets médecine générale, médecine exercée en plateau technique lourd, médecine spécialisée. - **La convention nationale est le lieu de la déclinaison opérationnelle, de la contractualisation, et des modalités de la formation continue et de l'accompagnement des professionnels**, notamment par le Développement Professionnel Continu incluant diverses actions synergiques. Le Code de la sécurité sociale, dans ses articles définissant le contenu et la forme des conventions, doit donc être adaptée pour que la convention médicale permette par un rôle renforcée la mise en œuvre des objectifs fixés dans cette loi de santé. - L'organisation du travail en équipe de soins primaires fait l'objet de la mise en œuvre de contrats types négociés nationalement dans le cadre d'un ACI et mis en œuvre localement selon les dispositions prévues dans l'ACI. 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, constituant un contrat territorial

2. Une Médecine générale au cœur du système de santé

2.1 Les caractéristiques de la médecine générale : médecine globale, de la personne, de la vie - médecine de la personne, de la continuité, de la synthèse - prise en charge de Pb aigus, des maladies chroniques - prise en charge de la population, de la grossesse à la fin de vie, lutte contre les ISS

2.2 La fonction traitante du médecin généraliste - elle consiste à organiser le parcours de soins et de la santé de la personne, du premier recours, jusqu'à la fin de vie, avec un objectif central, répondre aux besoins de santé exprimés, ou non exprimés, avec une vision prospective de la santé, et une dimension particulière, les ISS - tenu du dossier professionnel de chaque patient, ce qui n'est pas le DMP, mais le DPP - communication par messagerie sécurisée

2.3 Les compétences professionnelles - caractérisées par la polycompétence, elle s'appuie sur ses compétences propres, sur celle de l'équipe de soins primaires, sur les avis secondaires qu'il sollicite - les pratiques avancées ne sont envisageables que sous la responsabilité du médecin traitant - les soins primaires sont organisés autour de la fonction médecin traitant - le médecin a seul, compétence pour inclure un patient dans un dispositif de soins, de santé, d'accompagnement - le maintien à domicile doit être développé, en réfléchissant à un forfait journalier de MAD

2.4 La responsabilité du médecin généraliste - gérer les situations aiguës dans un environnement, prendre des décisions partagées avec le patient - organiser les parcours en trouvant des ressources adaptées Elle est engagée par le choix libre par le patient de son médecin traitant : ce choix engage une responsabilité qui va au delà de la demande du patient : il y a une responsabilité induite par cette fonction. Elle est diverse, au delà des soins de santé : tenue du dossier professionnel, synthèse du dossier médical : le VMS Elle est partagée avec les autres professionnels, de proximité dans un travail en équipe, ou correspondants.

2.5 L'organisation de la médecine de proximité avec les autres disciplines. - organisation du travail en équipes formalisées (MSP avec ou sans murs) non formalisées, ou territorialisées - contrat territorial formalisant les relations entre les autres acteurs de soins (secondaires, tertiaires)

3. Les plans de santé publique et la médecine générale

3.1 L'organisation et l'articulation avec les soins de santé primaires - le niveau de soins primaires est le lieu opérationnel de mise en œuvre des plans de santé publique qui doivent le prévoir - plus de soins ou d'accompagnement sans validation par le médecin traitant

3.2 L'implications de la discipline, les aspects opérationnels - le CMG doit être obligatoirement consulté au stade de l'élaboration des plans de santé publique - les partenaires conventionnels sont saisis obligatoirement pour décliner les aspects ambulatoires de ces plans

4. Les moyens de l'exercice professionnel

4.1 La démographie : forfaits structures bonifiés selon la densité médicale

4.2 Les modes d'exercice : divers, de l'individuel à la MSP intégrée

4.3 Les modes de rémunération : elles doivent pousser à la qualité et si besoin à répondre à une situation épidémique, elle doivent rendre le métier de généraliste attractif. Inscrire l'équité entre spécialités. - actes : nomenclature déjà bien diversifiée, il manque une consultation longue (polypathologie, addictions) - le FMT doit être développé pour rémunérer les tâches de coordination : objectif à terme 50 à 100 € (polypatho) - forfait structure : rémunérer les moyens de travail, moduler selon la densité - ROSP : doit être basé sur processus et non sur résultat - objectif : rémunérer la totalité des tâches des MG - équité de rémunération entre spécialité, et entre mode d'exercice

4.4 Les affectations budgétaires indispensables et leurs moyens - sous enveloppe ONDAM décidée chaque année pour investir sur les soins primaires : 0,5 à 1% de l'ONDAM voté - envisager l'exonération TM pour le médecin traitant, voir pour l'ensemble des soins primaires - il faut favoriser l'installation libérale, en renforçant la protection sociale des médecins secteur 1, notamment dans le champ de la maternité

4.5 La prescription réservée doit être supprimée dans son principe - les moyens nécessaires à l'exercice nécessite 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

5. La formation et la recherche

5.1 La formation initiale : DES de 3 ans (CNGE : passer à 4, soutien de MGF) dont 50% en ambulatoire
- FUMG : application de la loi, sous contrainte de retirer ce dossier au MESR - sous section universitaire de MG : quand ? comment, sans nommer des CCA, des MCA, des professeurs titulaires - rémunération des maîtres de stage : introduction dans ROSP, en plus des indemnités mensuelles

5.2 Le DPC et la FMC en médecine - DPC conventionnel indemnisé pour les séminaires présentiels, par les pairs

5.3 La recherche en médecine générale - PARC programme ambulatoire de recherche clinique

En conclusion, la colonne vertébrale de cette loi, doit être de structurer l'étage de soins primaires autour de la fonction médecin traitant. Pour cela il faut :

* Un chapitre médecine générale, soins primaires :

- Conforter la notion de médecin traitant (enfant) autour duquel se structure un étage soins primaires, à terme en équipes formalisées, avec une extension explicite de ses responsabilités dans deux directions,
 - o l'aspect santé (prévention, dépistage, éducation à la santé)
 - o la responsabilité de l'inclusion dans tout dispositif de suivi / accompagnement

- DPC refondé autour d'une gestion par les partenaires conventionnels avec une banque sans pouvoir de gestion, FAF PM ou OG DPC, un contrôle qualité du contenu des programmes par les CSI, avec des membres nommés respectivement par le CMG et la FSM.

* Un chapitre territorialité au niveau duquel l'organisation en niveaux de soins doit se déployer en étant accompagné. Structuration en premier lieu d'un niveau soins primaires, se formalisant progressivement au rythme choisi par les professionnels: la nécessité d'une animation territoriale, c'est le point crucial pour réussir progressivement cette territorialité, qui est une demande forte de la population. Il faut également structurer, un niveau de soins secondaires, celui du médecin consultant intervenant à la demande du médecin traitant. Inclusion dans le parcours de soins enfin, du niveau de soins tertiaires, le niveau de soins avec hospitalisation

* 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 :

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.

Cette direction examine la cohérence de tout dispositif ou réglementation proposées par les autres direction et les agences de l'état au regard de la cohérence et des objectifs de la stratégie nationale de santé définie

MG France

13 rue Fernand Léger 75020 Paris

Contact : 01.43.13.13.13 - services@mg-france.fr

Contribution de l'USMCS

**Une réforme de la médecine générale (MG) pour un système de santé rénové et efficace.
La médecine générale en centre de santé, une perspective d'avenir pour la révolution réussie
du premier recours
Éléments d'analyse et de propositions**



La médecine générale en crise : problématiques

1. Les inégalités territoriales de santé sont une réalité : crise démographique et perte d'attractivité pour la MG, un maillage territorial hospitalier défaillant car profondément altéré par des préoccupations gestionnaires au détriment des projets de santé (loi HPST), la médecine de prévention menacée d'extinction (santé scolaire, Protection Maternelle et Infantile, Centre de Planification et d'Education Familiale,...). Conséquences :

- a. déserts médicaux pour les usagers et pour les professionnels de santé du premiers recours toujours plus isolés
- b. accélération de la dégradation des conditions d'exercice, de la qualité et de la sécurité des pratiques
- c. épuisement professionnel (« burn out ») pour les professionnels de santé, risque médical pour les patients, risque sanitaire pour les populations
- d. fuite des jeunes médecins de la MG, départs anticipés des médecins installés

2. Transition épidémiologique, explosion des maladies chroniques, poly pathologies. Conséquence : transformation profonde des pratiques qui n'a pas été anticipée ni par les pouvoirs publics, ni par les médecins eux-mêmes.

- a. de nouvelles pratiques à mettre en place dans un environnement professionnel en profonde mutation
- b. un enjeu de santé publique qui ne pourra être relevé qu'en dépassant le cadre des intérêts catégoriels : ville vs hôpital, soins vs prévention, libéral vs salarié
- c. La prise en compte des expériences qui ont démontré leur pertinence : pratiques d'équipe, coordonnées, pluri-professionnelles et intégrées à l'échelle des territoires
- d. le problème spécifique de l'articulation ville/hôpital déficiente, à repenser

3. Crise sociale et économique, inégalités sociales de santé, renoncement aux soins :

- a. Le médecin généraliste ne peut s'affranchir de la dimension sociale de la santé : déterminants sociaux de santé à repérer, vulnérabilité sociale corrélée à une morbidité accrue conditionnent en partie l'adhésion d'un patient à un parcours de santé. De fait, le médecin généraliste se trouve désormais en première ligne, investi d'une nouvelle mission, l'accompagnement social des patients.
- b. Face à ces nouveaux besoins, constat de nouvelles compétences à acquérir et de nouvelles pratiques à mettre en oeuvre : formation des médecins à l'accès aux droits sociaux, coordination médicosociale.
- c. **Question du tiers payant. Sortir du débat idéologique et moralisateur. Revenir au coeur du problème : comment techniquement le mettre en oeuvre ?**

Etat des lieux général et en centre de santé :

1. Démographie :

- Problème du Numerus Clausus ou de la répartition des médecins ? Crise des vocations : des généralistes formés qui ne font plus de MG
- Pas de profession de santé intermédiaire (infirmières cliniciennes, cf. exemples étrangers...)
- Perte d'attractivité pour la MG :

1) La reconnaissance de la spécialité n'a pas suffi. Un enseignement encore trop peu valorisé dans les facultés / problématiques des stages ambulatoires : lieux insuffisants, de qualité très inégales / accueil en centre de santé encore freiné par des textes réglementaires inadaptés / les stages sont à multiplier mais aussi à contrôler (qualité/respect des conditions d'accueil et d'encadrement)

2) Perte du sens des missions des généralistes : le généraliste est-il un prestataire de service médical indifférent aux problématiques sociétales et aux enjeux sanitaires, ou un acteur de santé au service du public et de service public ?

3) Conditions d'exercice : elles ne sont plus adaptées à l'évolution des pratiques et à celle de l'environnement sanitaire, territorial et aux besoins des populations. Inadaptées aux attentes des jeunes (et des moins jeunes !), c'est-à-dire :

- Un temps de travail cohérent avec une pratique de qualité
- Une formation continue garantie par un temps dédié et un financement pérenne et suffisant
- Un accès aux droits sociaux élémentaires et universels (congés maternité...)
- Une pratique en équipe, pluri-professionnelle
- Un temps de coordination intégré et rémunéré
- La décharge des tâches administratives de gestion (transfert à des professionnels compétents : gestion de la structure, facturation...)
- Une évolution du mode de rémunération
- Un cadre incitatif pour la maîtrise de stage, pour un enseignement de qualité
- Un exercice non exclusif de la MG : ambulatoire/ hospitalier ; soins/ prévention ou santé publique ; soins/ universitaire ; MG / activités médico techniques ou spécialisées...
- Un cadre d'exercice sécurisé

En centre de santé :

- *Exercice salarié, respect du droit du travail (temps de travail défini), congés maternité, congés annuels, congés formation*
- *Pratique d'équipe, coordonnée, pluri-professionnelle, intégrant soins et prévention*
- *Décharge de toutes les tâches de gestion et de facturation, d'encaissement (transférées aux fonctions supports)*
- *Travail à temps partiel possible permettant :*
 - *Activités d'enseignement*
 - *Activités de recherche*
 - *Activités médicale diversifiées*
 - *Accueil facilité des CCU et assistants spécialistes*
- *Délégation de tâche et pratiques avancées expérimentées ou déjà en oeuvre*
- *Projet de santé du centre de santé où exerce le MG. Il est basé sur des valeurs fondatrices communes à toutes les structures qui donnent du sens et de la cohérence aux missions des MG salariés de centres de santé : accès aux soins pour tous, médecine sociale, service public*
- *Cadre d'exercice sécurisé (pas d'isolement et sous la responsabilité de l'employeur)*

2. La transition épidémiologique, le défi des maladies chroniques et du vieillissement :

- Polypathologies, multimorbidité, grand âge.
- L'intervention du généraliste est devenue complexe mais essentielle
- Intégration et coordination de tous les intervenants auprès du patient
- Le MG : 1er intervenant, 1er lanceur d'alerte, orientateur, mais aussi modérateur et dernier décideur
- C'est l'acteur pivot de la médecine de parcours

Mais :

- L'exercice isolé n'est plus adapté
- L'articulation ville/hôpital est déficiente
- Les réseaux informationnels ne suffisent pas
- Les outils logiciels ne sont pas suffisamment généralisés ni performants et non exploitables pour de la recherche en soins primaires
- La rémunération à l'acte est un frein à la pratique moderne de la médecine générale et à la prise en charge des patients chroniques
- une santé publique encore balbutiante souffrant de financements non pérennes, d'acteurs non ou mal identifiés, et de l'absence de prise en compte des acteurs de terrain et de proximité.

En centre de santé :

- *Coordination interne et externe : staffs de l'équipe, réunions de concertation pluri-professionnelles ouvertes aux acteurs du territoire, synthèses... Organisée par les MG, elle contribue à une réponse adaptée et coordonnée autour des patients d'un territoire. Cette prise en charge est facilitée par des équipes d'accueil, sociales et administratives qui permettent un accompagnement des patients dans leur parcours, facilitant ainsi celui-ci et libérant du temps médical.*
- *Dossier Médical Partagé, majoritairement informatisé*
- *Possibilité de conventionner des partenariats au niveau territorial*
 - *avec les établissements de santé pour des parcours de soins de service public des patients chroniques*
 - *avec les services et établissements médico sociaux*
- *Salariat des médecins généralistes*
- *Accès facilité à la mise à jour des compétences médicales par:*
 - *le droit contractuel à la formation*
 - *les groupes d'échanges de pratiques en équipe de centres de santé (exercice coordonné protocolé)*
- *Développement de programmes d'éducation thérapeutique : infirmières et para médicaux formés ; interventions collectives et individuelles*
- *Les équipes des centres de santé (MG, infirmières, autres paramédicaux, médiateurs santé ...) mènent des actions de santé publiques ciblées auprès de la population (éducation sanitaire, dépistages, promotion de la santé,...) en coordination et partenariat avec les acteurs de terrain de proximité. Leur expérience en ce domaine fait expertise.*

3. Le médecin généraliste et l'accès aux soins

- *Problème du tiers payant : problème technique +++*
- *Cloisonnement MG/ acteurs médico sociaux*
- *Pas de formation initiale ou continue aux problématiques d'accès aux droits : limite de compétences, risque de perte de chance pour des patients mal orientés, mal informés, sans droits...*
- *Un système libéral qui laisse des territoires sans accès aux soins de service public ou au moins de secteur 1*

En centre de santé :

- *Pratique obligatoire du tiers payant RO, pratique généralisée du tiers payant intégral*
- *Obligation de respect des tarifs de secteur 1*
- *Intervention de travailleurs sociaux au sein des centres : assistants sociaux, médiateurs santé...*
- *Réseaux locaux avec les acteurs médico sociaux du territoire (CPAM, CVS, CCAS, ASE, associations) et les services de prévention parfois intégrés et gérés dans les centres (PMI, CLAT, CPEF...)*
- *Programmes de formation des équipes des centres de santé sur l'accès aux droits (en DPC ou hors DPC)*

Quelques propositions de l'USMCS à mettre en oeuvre sans délai pour une nouvelle dynamique en médecine générale qui contribue à la révolution du premier recours

1. Une augmentation du numerus clausus à la hauteur des besoins estimés
2. Une formation initiale renforcée par :
 - ✓ Une augmentation des CCU, des assistants spécialistes.
 - ✓ Une redéfinition nationale des objectifs et du cadre de la maîtrise de stage ; une évaluation plus précise des MSU et des lieux de stage.
 - ✓ Un plan de développement de la maîtrise de stage en centre de santé : faire tomber les obstacles en salariant directement les MSU des centres par les facultés ; ouvrir le champ d'un conventionnement de centres volontaires avec les facultés pour un accueil pérenne des étudiants en MG à toutes les étapes de leur cursus.
 - ✓ L'universitarisation des centres de santé et des maisons de santé (procédure de labellisation)
3. La mise en oeuvre d'outils d'information par les ARS et par les facultés de médecine sur l'exercice salarié de la médecine générale en centre de santé, l'implantation territoriale des centres de santé, les projets de création de centres en cours, les postes vacants.

4. Un DPC digne des attentes des usagers et des professionnels de santé, garantissant qualité, accompagnement pédagogique tout au long de la carrière, indépendance de l'enseignement.
5. Une valorisation des pratiques d'équipe coordonnées en structure regroupées, centres et maisons de santé : la mise en oeuvre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) est urgente et indispensable mais ne suffira pas. Un débat sur de nouvelles formes de rémunération qui se substitueront progressivement à la rémunération à l'acte doit être lancé.
6. Associer les médecins généralistes, libéraux et salariés à la réflexion sur la création d'un corps d'infirmières cliniciennes dans le cadre d'objectifs d'amélioration des parcours de santé et non de gestion de la pénurie.
7. Prévoir que les médecins généralistes salariés et libéraux soient associés, sur la base du volontariat, **à la mise en oeuvre du service territorial de santé au public via des contrats de santé d'initiative locale** (cf. proposition de l'USMCS auprès du groupe de travail sur l'organisation territoriale des soins de proximité, document disponible sur demande).
8. Créer dans le cadre de ces contrats d'initiative **des services dédiés aux médecins généralistes de référents en droits sociaux avec des missions de conseils, d'expertise et d'orientation des usagers signalés par les MG.**
9. Développer les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ambulatoires dans les centres de santé et les maisons de santé volontaires
10. La généralisation du tiers payant en soins primaires et plus largement ambulatoire dans un cadre qui garantisse le paiement des médecins libéraux et des centres de santé : facilitateur de l'accès à la santé, le tiers payant est aussi avec la pratique en équipe, un vecteur de sécurisation de l'exercice de la médecine ambulatoire.
11. **Un plan de développement des centres de santé sur tout le territoire national. Objectifs :**
 - ✓ **Consolider et développer une offre de soins primaires, de prévention et de santé publique, de service public, sur les territoires déjà pourvus en centres de santé**
 - ✓ **réimplanter prioritairement des médecins généralistes dans les territoires déficitaires par la création de nouveaux centres de soin primaires** (cf : Propositions du Pr Vigneron d'un plan d'implantation de 400 centres de santé en France : « Les centres de santé, une géographie rétro-prospective », Paris, FEHAP, novembre 2014).
 - ✓ **Favoriser l'accessibilité sociale aux soins pour tous**
 - ✓ **En faire les laboratoires de l'universitarisation des structures de soins primaires**

Moyens :

- ✓ **Une redéfinition du statut réglementaire des centres de santé avec la création d'un statut « établissement de santé public ambulatoire »**
- ✓ **La création pour les médecins exerçant dans ces centres de santé d'un statut et d'une filière de « Praticien Ambulatoire » à l'exemple des Praticiens Hospitaliers.**

Éléments de bibliographie sur les centres de santé :

- « *Les centres de santé en mouvement* », ouvrage collectif sous la direction de Michel Limousin, *Le Temps des Cerises*, 2010, édition augmentée 2012
- *Les Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale Spécial Centres de Santé*, septembre 2011
- *Questions d'économie de la Santé « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? »* Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Marine Dufournet, Julien Mousquès ; IRDES, n°165, Mai 2011
- Document de travail « *Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS* » Afrite A., Mousquès J., Bourgueil Y. ; IRDES, n° 63. 2014/12
- « *Les centres de santé, une géographie rétrospective* », Pr Emmanuel Vigneron, Paris, FEHAP, novembre 2014

Union syndicale des médecins de centres de santé
65-67, rue d'Amsterdam 75008 Paris
Téléphone : 01 40 23 04 10 – Mail : usmcsparis@free.fr

Contribution du SNJMG

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

Le 4 février 2015

1

A l'attention du Professeur Pierre-Louis DRUAIS

Monsieur le Professeur et Cher Maître,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-dessous la contribution écrite du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) aux réflexions du groupe de travail sur la Médecine Générale.

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

1.1 La hiérarchisation du système de santé

Les concepts de soins primaires, secondaires et tertiaires ne doivent pas être à l'origine d'un contresens. Il ne s'agit en effet pas d'une hiérarchie de valeurs mais seulement d'un indicateur concernant le mode d'accès du patient à ces soins. Une représentation non pas verticale mais circulaire peut permettre de mieux comprendre cette réalité dans laquelle les soins de premier recours constituent naturellement le « premier cercle » autour du patient.

1.2 Les parcours de santé / parcours de soins

Un recours anarchique aux soins de niveau secondaire ou tertiaire est à l'origine d'une fragmentation de la prise en charge du patient et d'un gaspillage de ressources médicales et financières. Dans ce contexte, il est dans l'intérêt de l'individu comme de la société qu'un professionnel qui connaît bien son patient et le système de santé puisse l'orienter de la façon la plus pertinente possible. Le professionnel le mieux placé pour exercer cette tâche, en raison de sa proximité avec le patient et de l'étendue de ses connaissances théoriques et pratiques, est le médecin généraliste. Il construit au fil de la relation avec son patient un projet personnalisé de Santé, lequel se décline concrètement dans un parcours de soins cohérent. Cette mission doit être reconnue et correctement rémunérée.

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
 06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

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

Il est essentiel que le patient ne perde pas son médecin traitant à la porte des hôpitaux ou des cliniques. Des systèmes d'information partagés doivent être mis en place pour que le médecin généraliste puisse :

2

- avoir accès en temps réel aux observations médicales et aux résultats des examens paracliniques,
- intervenir dans les grandes décisions concernant son patient,
- valider et préparer le retour à domicile du patient.

Dans le domaine de l'oncologie, l'avis du médecin généraliste traitant devrait être systématiquement requis lors des réunions de concertation pluridisciplinaire afin de mieux adapter les décisions à la réalité psychosociale du patient.

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

Le projet personnalisé de Santé co-construit par le patient et son médecin généraliste doit être le cadre du recours autres spécialités de soins de santé secondaires et tertiaires afin d'éviter une fragmentation de la prise en charge du patient et un gaspillage de ressources médicales et financières.

Le patient, le médecin généraliste et ses correspondants d'autres spécialités doivent tous être incités à respecter et faire respecter ce parcours de soins.

2. Une Médecine générale au cœur du système de santé

2.1 Les caractéristiques de la médecine générale

La médecine générale est fondée sur :

- une approche globale,
- une relation personnalisée,
- un suivi dans le temps
- une proximité géographique.

2.2 La fonction traitante du médecin généraliste

Facilement sollicité par les patients faisant face à un problème de santé, le médecin traitant est un acteur majeur des soins premier recours.

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

Toutefois son rôle ne s'y limite pas. Son rôle de coordination et de suivi le place à la fois en amont et en aval des autres interventions de Santé.

Le médecin généraliste est parfois le dernier recours quand l'approche biomédicale trouve ses limites.

3

2.3 Les compétences professionnelles

La relation entre le médecin généraliste et son patient s'appuie sur :

- un savoir,
- un savoir-faire,
- un savoir-être.

L'exercice de ce métier complexe suppose évidemment une formation initiale et continue de très grande qualité.

2.4 La responsabilité du médecin généraliste

La relation entre le médecin généraliste et son patient s'appuie sur une éthique professionnelle solide.

La responsabilité du médecin généraliste traitant ne se limite pas aux demandes immédiates du patient : un projet personnalisé de Santé est co-construit au fil des consultations.

Cette mission doit être reconnue et correctement rémunérée.

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

Le projet personnalisé de Santé co-construit par le patient et son médecin généraliste doit être le cadre habituel du recours aux professions paramédicales et aux autres spécialités médicales afin d'éviter une fragmentation de la prise en charge du patient et un gaspillage de ressources médicales et financières.

Le patient, le médecin généraliste et les autres professionnels de Santé doivent tous être incités à respecter et faire respecter ce parcours de soins.

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

3. Les plans de santé publique et la médecine générale

3.1 L'organisation et l'articulation avec les soins de santé primaires



Les grands plans de Santé publique sont trop souvent centrés sur les soins secondaires ou tertiaires.

Quand les soins primaires sont évoqués, c'est trop souvent à partir de représentations éloignées de la réalité du terrain.

3.2 L'implications de la discipline, les aspects opérationnels

La contribution des soins primaires aux plans de Santé publique ne peut être définie par que par des acteurs de la discipline connaissant le terrain.

4. Les moyens de l'exercice professionnel

4.1 La démographie

La pénurie croissante en médecins généralistes est imputable aux pouvoirs publics qui :

- ont mal géré le numéris clausus,
- ont négligé l'aménagement du territoire dans toutes ses autres dimensions,
- ont contribué à la perte d'attractivité du métier de généraliste.

Les solutions sont :

- une adaptation fine du numéris clausus (en cours),
- une politique assortie de moyens pour le développement des territoires défavorisés,
- une revalorisation du métier de médecin généraliste.

4.1 Les modes d'exercice

L'adaptation à son milieu est une caractéristique de la médecine générale. Une grande souplesse doit être favorisée afin de permettre des modes d'exercice variés de la discipline (exercice libéral ou salarié, seul ou en groupe, en centre de santé ou en maison de santé pluridisciplinaire...), aucun d'entre eux n'étant la panacée universelle. Seul le travail en réseau (ou en pôle) avec les autres acteurs locaux du monde de la Santé semble indispensable pour que le médecin généraliste puisse remplir sa mission de coordination du parcours de soins.

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

4.3 Les modes de rémunération

- en « libéral »

5

Le terme « libéral » est partiellement impropre en ce qui concerne la rémunération car cela fait longtemps que la quasi-totalité des médecins généralistes ne fixe plus librement ses honoraires en raison du conventionnement, notamment en secteur 1.

Il serait donc plus juste de parler d'exercice « conventionné ».

Jusqu'à ce jour, il repose majoritairement sur le paiement à l'acte.

Le paiement à l'acte a la vertu de stimuler la « productivité » des médecins mais présente l'inconvénient d'inciter à augmenter la quantité des actes aux dépens de la qualité de leur contenu. En effet, la nomenclature actuelle ne reconnaît pas les variations importantes qu'il peut y avoir en termes de durée et de complexité entre différents types de consultations.

Un certain nombre de tâches du médecin généraliste, notamment celles qui se font en dehors de la présence du patient, ne sont pas rémunérées par le paiement à l'acte.

L'introduction récente de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) tente de corriger cet état de choses. Elle est réalité composée de 2 parties :

- une rémunération proportionnelle à des « indicateurs de qualité », lesquels sont à l'heure actuelle contestés et contestables (il faudrait que les futurs indicateurs soient proposés par des instances scientifiques indépendantes et validés par les représentants de la profession elle-même),
- une dotation conditionnée à certaines caractéristiques de la structure de soins (informatisation aux normes, télétransmission, affichage des horaires...).

Le SNJMG, en dehors de la dénonciation des difficultés concrètes qu'ont les jeunes installés pour bénéficier de ce dispositif, s'est exprimé à de nombreuses reprises sur ce sujet, avec 2 axes principaux :

- le recours aux indicateurs de « Santé Publique » doit se cantonner à des items faisant réellement consensus dans la communauté scientifique médicale, tout en restant marginal en terme de rémunération pour ne pas mettre en péril l'indépendance du médecin qui risque d'être mis en situation de conflit d'intérêt face à un patient particulier,
- les dotations « structure » doivent monter en puissance de façon très significative et volontariste afin de favoriser les délégations de tâches salariés au sein du cabinet (secrétaires et/ou assistants médicaux, infirmières...), financer des locaux et du matériel adapté, favoriser l'implantation de cabinets médicaux dans les zones

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

défavorisées, mettre en place des actions concrètes de coordination de soins et de Santé publique...

6

- Le salariat

La possibilité du salariat doit être ouverte aux médecins qui le souhaitent. Des dotations significatives doivent également être attribuées de façon pérenne pour assurer, en sus du paiement à l'acte, le fonctionnement de telles structures de soins primaires.

4.4 Les affectations budgétaires indispensables et leurs moyens

En France, beaucoup d'argent est dépensé pour la Santé. Malheureusement ces ressources sont mal employées. Le recours trop fréquent à l'Hôpital coûte très cher. Les dépassements d'honoraires induisent des inégalités de Santé et pèsent lourdement sur tous les Français qui cotisent pour des assurances complémentaires.

Le SNJMG appelle les pouvoirs publics à rationaliser les dépenses de Santé de notre pays en les **redistribuant vers la médecine de premier recours**, cela passe par 2 mesures majeures : l'exonération du **ticket modérateur** pour les soins de premier recours (mesure qui faciliterait grandement la mise en œuvre du tiers-payant), la **suppression des dépassements d'honoraires** menée parallèlement à un **renforcement du secteur 1**, bien sûr dans la valeur des actes, dans les montants des forfaits de fonctionnement et de santé publique, mais aussi à travers une protection sociale correcte pour les médecins conventionnés.

5. La formation et la recherche

5.1 La formation Initiale

La découverte théorique et pratique de la Médecine Générale doit commencer dès les 1^{er} et 2^{ème} cycles.

Le 3^{ème} cycle doit évoluer vers un internat professionnalisant de même durée (4 ans) que celui des autres spécialités médicales, la Médecine Générale étant une des plus complexes.

5.2 Le DPC et la FMC en médecine

Les médecins généralistes installés et remplaçants doivent bénéficier d'une formation continue adaptée en qualité et en quantité à cette spécialité complexe, exigeante et au champ très large.

Docteur Théo COMBES
president@snjmg.org
06 81 00 22 90

Snjmg

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

Le SNJMG demande 10 journées de formation indemnisée par an.

7

5.3 La recherche en médecine générale

Elle doit bénéficier d'un accroissement de ses ressources humaines et financières à la hauteur des enjeux.

Conclusions

Parce que c'est l'intérêt de chaque patient, il faut que son médecin généraliste soit clairement identifié comme le **coordonnateur des soins et du suivi de sa Santé**, pas seulement dans les discours mais dans la pratique, qu'on lui donne donc les moyens et l'autorité pour remplir cette mission.

Cette mutation des représentations passe par l'exigence que la spécialité Médecine Générale, après plus de 10 ans de promesses non-tenues, soit enfin reconnue **au même niveau que les autres spécialités** médicales, bien sûr dans le domaine universitaire mais aussi dans celui, éminemment symbolique, de la rémunération.

Concrètement, pour les jeunes médecins généralistes la sortie de crise passe obligatoirement par la satisfaction des points suivants :

- L'ouverture immédiate de la **Majoration Clinique Provisoire** aux médecins généralistes, la cotation de la **Majoration de Coordination** quand le généraliste communique avec un autre professionnel de Santé,
- La prescription ou la validation par le médecin généraliste traitant de toutes les **délégations de tâches**, des prises en charges **d'éducation pour la Santé**, du **parcours** de son patient, même au sein de l'hôpital,
- La participation *es qualité* des médecins généralistes aux **décisions concernant les territoires de Santé** et la gestion des budgets afférents.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur et Cher Maître, mes salutations les meilleures.

Docteur Théo COMBES
Président du SNJMG

33 avenue Edouard Vaillant 92150 Suresnes • 01 47 98 55 94 • info@snjmg.org • www.snjmg.org

Contribution de la CNAMTS

Quelques éléments de constat sur la médecine générale

(Préparation de l'audition de Monsieur Nicolas Revel pour la mission Médecine générale le 12-02-2015)



Dans le cadre du projet de Loi de Santé qui doit être débattu au Parlement début avril 2015, le Pr Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale, a été missionné par la Ministre de la Santé et des Affaires sociales pour mener « une réflexion pour donner au médecin généraliste et au médecin traitant toute leur place dans notre système de soins et améliorer le parcours des patients en ville ».

Cette note rassemble quelques éléments de constats sur la démographie des médecins généralistes, leurs conditions d'exercice et leur rôle de médecin traitant.

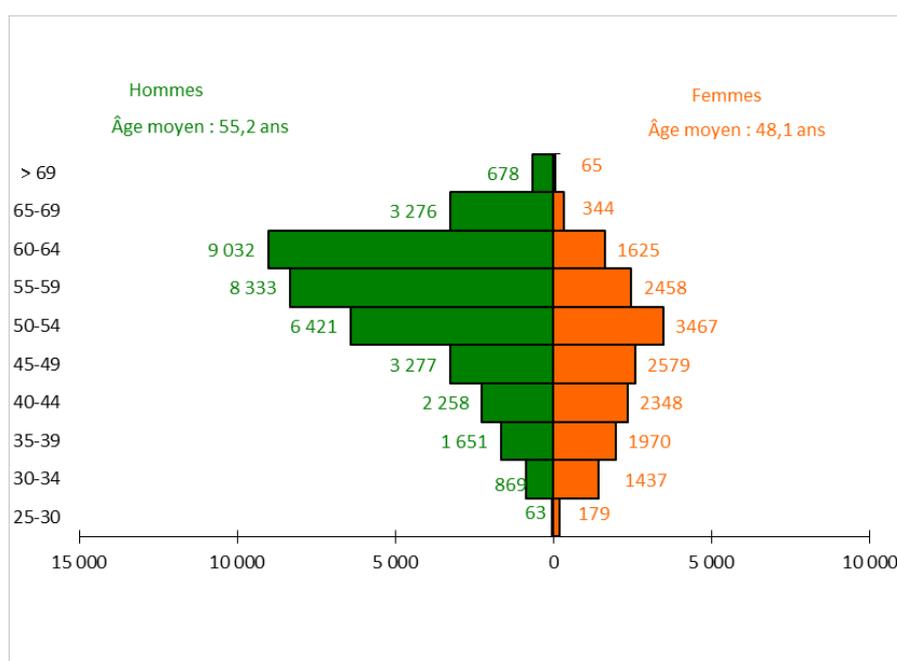
1. La démographie de la médecine générale

Le nombre de médecins généralistes, on le sait, varie beaucoup selon les sources : et c'est précisément au cœur du sujet, car la question qui importe, au-delà des qualifications, c'est bien le contenu du métier.

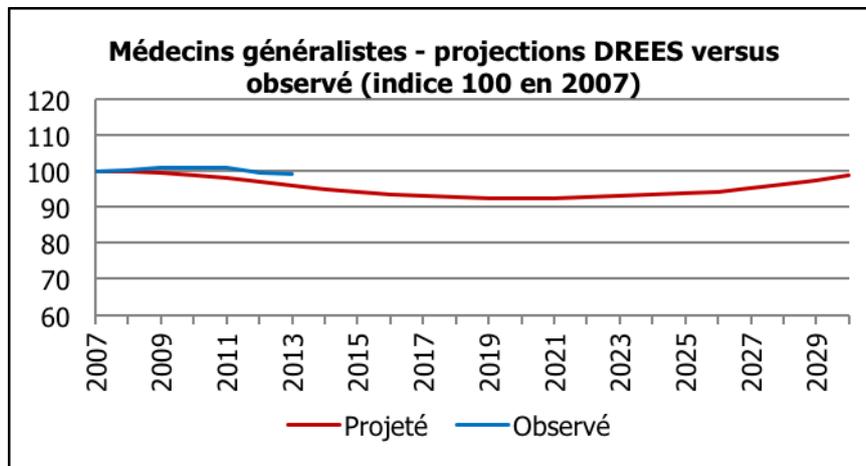
En effet, si le Conseil national de l'ordre des médecins recense 90 630 médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2014, beaucoup n'exercent pas une activité de soins primaires et ne sont pas médecins traitants. De fait, la CNAMTS ne comptabilise à la même date que 61 300 médecins généralistes libéraux (France entière), parmi lesquels 7 400 ont déclaré un mode d'exercice particulier, et ont donc un rôle plus limité en tant que médecins traitants (les acupuncteurs et homéopathes ont en moyenne 300 à 400 patients inscrits, les allergologues 90 et les angéiologues 30, pour ne citer que les modes d'exercice particuliers les plus fréquents).

On peut donc estimer à environ 54 000 le nombre de généralistes « au sens strict », c'est-à-dire exerçant pleinement une mission de soins primaires (cet effectif ne comprend pas cependant les médecins salariés dans les centres de santé).

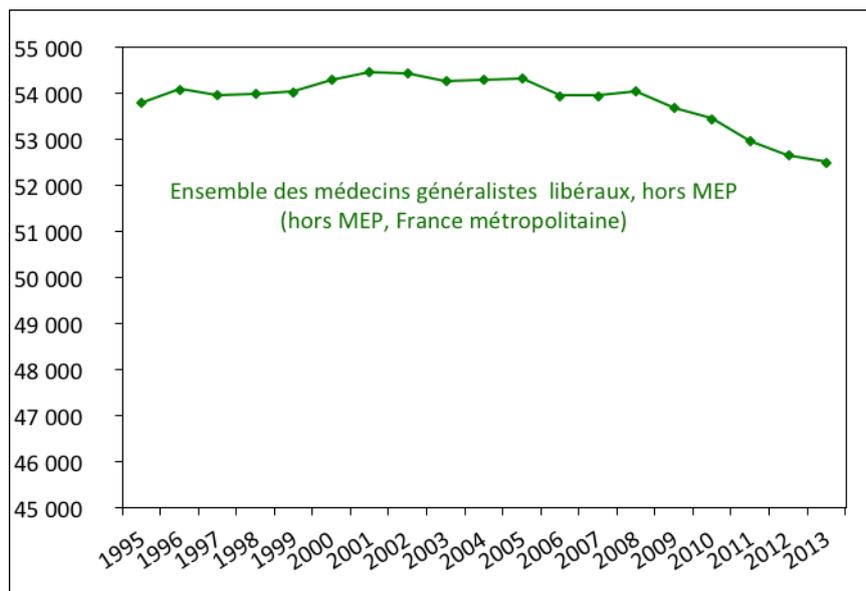
La pyramide des âges des médecins s'est inversée entre 1990 et 2012, les plus de 50 ans représentent aujourd'hui près de 70% des effectifs.



Selon les projections réalisées en 2007 par la DREES, les effectifs de généralistes devaient baisser assez sensiblement dès cette date, mais en fait on n'observe jusqu'à 2014 qu'une très légère baisse. C'est aussi ce que constate la CNAMTS sur les généralistes libéraux « médecins traitants » : leur nombre est resté stable jusqu'à 2008, et n'a baissé que de 3% entre 2008 et 2013, sur 5 ans (graphiques ci-dessous).



Source DREES

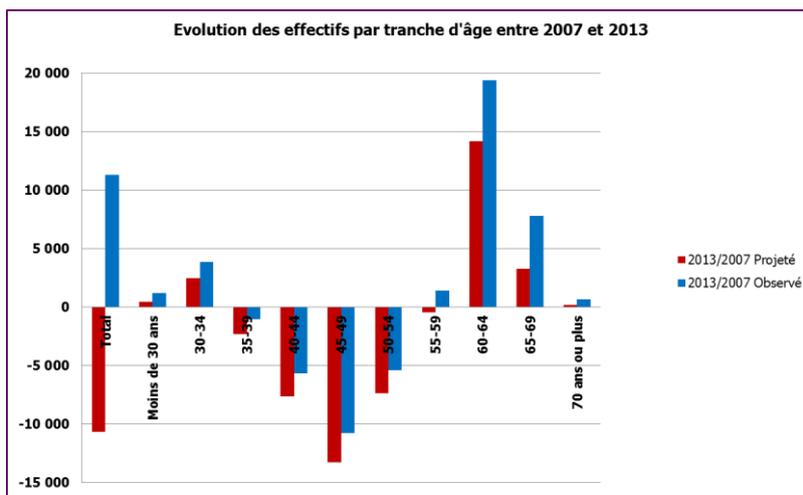


Source CNAMTS

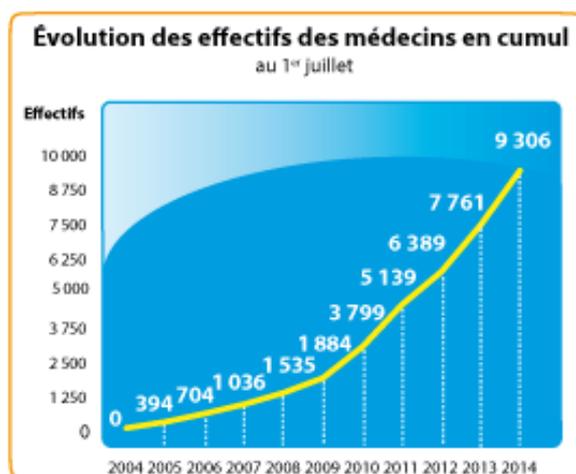
Néanmoins ce diagnostic rassurant est à nuancer par d'autres indicateurs. En effet, si la baisse projetée au vu des tendances antérieures ne se constate pas, c'est lié :

- ✓ d'une part à l'apport de médecins à diplômes étrangers (ces flux migratoires ont été analysés récemment par le CNOM de manière détaillée),
- ✓ mais également à des départs à la retraite plus tardifs et au développement accentué depuis 2009 des cumuls emploi-retraite créé par la loi du 21 août 2003.

Les graphiques ci-dessous illustrent ces deux derniers phénomènes, pour les médecins en totalité (pas uniquement pour les généralistes).

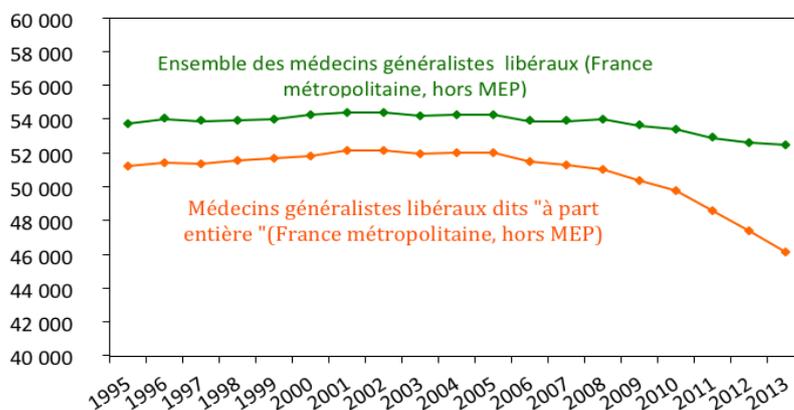


Source DREES



Source CARMF

De fait, si l'on regarde l'évolution des effectifs de médecins généralistes libéraux qui prodiguent des soins remboursés par l'assurance maladie (au sens strict, hors médecins ayant déclaré des modes d'exercice particuliers), on note que si l'effectif total diminue peu, l'effectif des médecins de moins de 65 ans¹, diminue, lui, plus rapidement : -11% entre 2005 et 2013, soit -1,5% par an. Les médecins de plus de 65 ans ayant une activité inférieure de 25% à celle de leurs confrères moins âgés, ceci doit être pris en considération pour estimer un « potentiel de soins disponible », qui diminue un peu plus que ne le suggère le seul comptage des effectifs. Et ce potentiel de soins est à mettre en rapport avec une population qui continue à s'accroître et à vieillir.



Source CNAMTS

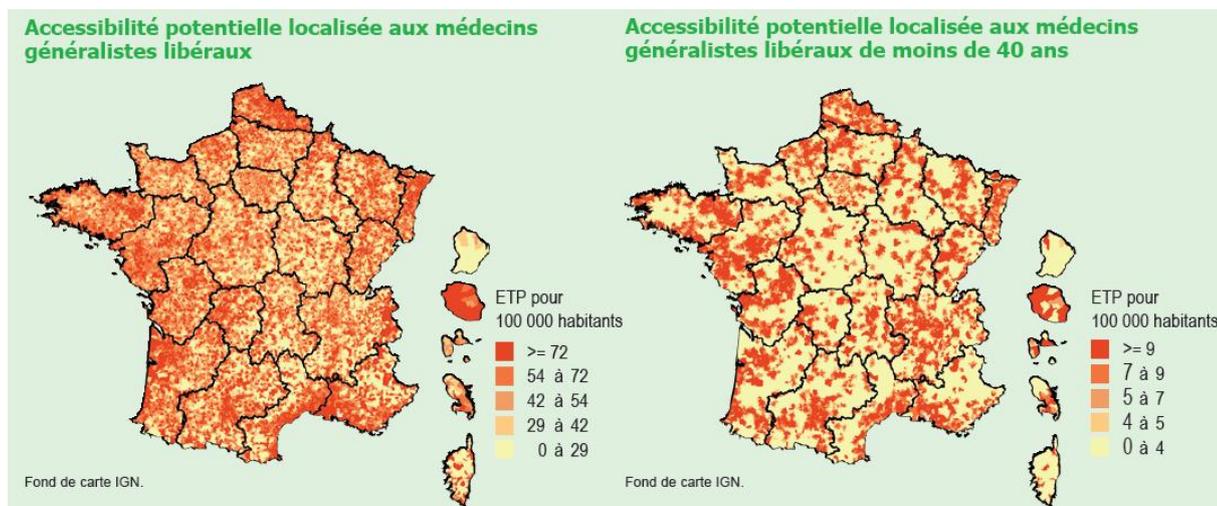
¹ Il s'agit plus exactement des médecins dits « à part entière », définis comme les médecins n'ayant pas commencé ou terminé leur activité dans l'année et qui ont moins de 65 ans. C'est ce dernier critère qui est le plus important. Sont aussi exclus les médecins hospitaliers temps plein ayant un secteur privé mais ce critère, pertinent pour certaines spécialités, ne l'est pas pour les généralistes.

Pour autant, on ne peut pas considérer que la situation actuelle soit, au plan national, une situation de pénurie. Même si l'on tient compte d'une activité moindre de ces médecins plus âgés, on arrive à un ratio de 1250 patients par médecin « temps plein », situation qui, au regard des pays qui nous environnent, apparaît satisfaisante. Ainsi en Angleterre un médecin généraliste a en moyenne 1575 patients inscrits, et aux Pays-Bas 2300 pour un médecin exerçant à temps plein.

Ceci soulève la question de l'organisation des soins de premier recours (plus structurée dans certains pays), mais aussi celle des inégalités de répartition qui conduisent, malgré un effectif globalement suffisant, à des tensions croissantes dans certains territoires - zones rurales, mais aussi zones urbaines défavorisées.

Un indicateur construit par la DREES et l'IRDES, qui combine la notion de densité mais aussi de disponibilité du médecin (en fonction de son niveau d'activité), fait ainsi apparaître des écarts importants entre zones géographiques, écarts qui s'accroissent encore pour l'accès aux médecins les plus jeunes – ce qui préfigure une situation future plus difficile pour certaines zones.

La question de l'accessibilité aux médecins traitants devient donc aujourd'hui une question problématique dans certains territoires.



Source : DREES

2. Conditions d'exercice

En 2009, d'après le Baromètre Santé Médecins Généralistes, 54% de médecins exerçaient en groupe, mais ce mode d'exercice est très fréquent chez les plus jeunes (80% pour les médecins de moins de 40 ans).

Les ¾ des cabinets de groupe comportaient deux ou trois praticiens, et les ¾ des médecins généralistes en groupe exerçaient dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes, le ¼ restant exerçant en groupe pluriprofessionnel (maison ou pôle de santé), de taille et de composition variables :

- ✓ 11% des généralistes exerçant dans les structures avec deux médecins et un professionnel paramédical,
- ✓ 9% dans les structures avec deux médecins et deux professionnels paramédicaux,
- ✓ le reste représentant des combinaisons différentes.

La même enquête montrait que les médecins exerçant en groupe travaillaient moins de jours que les cabinets solo, mais avec plus d'activité par jour.

Au milieu des années 2000, le temps de travail hebdomadaire déclaré des généralistes était supérieur à 50 heures (53 h d'après l'enquête emploi Insee de 2004, 52 h d'après une enquête du Centre de sociologie et démographie médicale en 2007, de 55,4 à 59,6 h en 2007 dans 5 régions où la Drees interroge un panel de médecins).

Une enquête qualitative menée par la DREES en 2010 sur l'activité et l'emploi du temps des médecins libéraux a fait par ailleurs apparaître deux profils assez différents :

- ✓ un profil de médecin généraliste très actif, travaillant 5 à 5,5 jours par semaine (c'est à ce profil que correspond un nombre d'heures de 52 à 60 heures vu ci-dessus),
- ✓ un profil de médecin travaillant plutôt 4 à 4,5 jours par semaine, ou parfois moins, le jour d'absence étant en général mercredi.

Par ailleurs les différentes enquêtes quantitatives disponibles sur le temps de travail et l'emploi du temps des généralistes, synthétisées par l'IRDES, convergent vers une estimation au minimum de 1h à 1h30mn par jour consacré aux tâches administratives et de gestion (pour les praticiens sans secrétariat), soit environ 10 à 15% du temps de travail. Sur une semaine, la répartition estimée de ce temps de travail est la suivante :

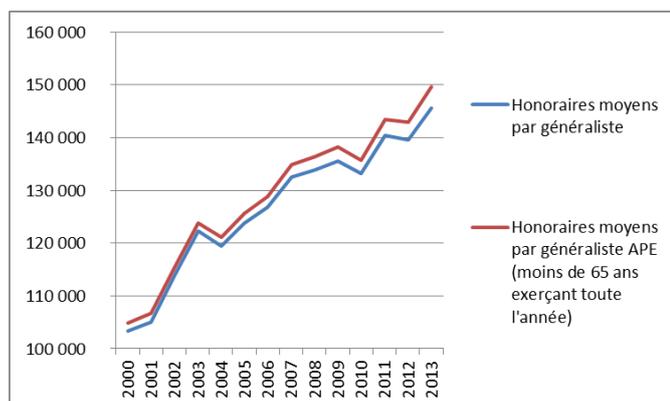
- ✓ Activité de soins (y compris salariées, astreintes,...) : 43 à 44 h
- ✓ Formation, visiteurs médicaux : 4 à 5 h
- ✓ Autres activités (gestion agenda, administration,...) : 6 à 7 h

3. Les revenus et leur évolution

En 2013 le revenu net d'un médecin généraliste (hors MEP) lié à son activité libérale peut être estimé à 83 000 €, 85 000 € pour un médecin « à part entière », c'est-à-dire un médecin exerçant sur l'ensemble de l'année et ayant moins de 65 ans (ces chiffres étant estimés sur la base des honoraires moyens, 146 000 € et 150 000 € respectivement, et d'un taux de charge de 43% - taux 2012 UNASA sur 19000 généralistes).

Le revenu total d'activité (incluant l'activité salariée) est un peu supérieur au revenu tiré de la seule activité libérale (de 6% en 2008, dernière année où la DREES a exploité les déclarations de revenu).

Depuis 2004 (donc sur la période des deux dernières conventions), les honoraires moyens ont augmenté de +2,2% par an (+2,4% pour les généralistes APE).



Source CNAMTS

4. La population inscrite auprès d'un médecin traitant

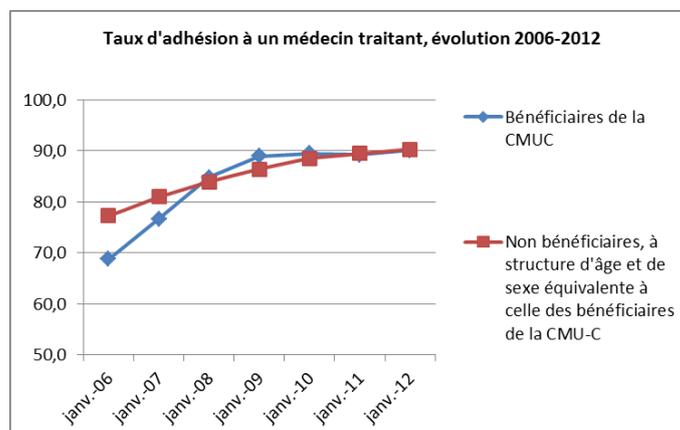
La Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a instauré le parcours de soins coordonné autour d'un médecin traitant et la convention médicale de 2005 a consacré le rôle de celui-ci dans l'offre de soins.

92% de la population a aujourd'hui un médecin traitant, 99% parmi les patients en ALD.

Taux de population ayant un médecin traitant au 31/12/2013	
Total	91,6%
ALD	98,6%
Non ALD	89,7%
Non bénéficiaires de la CMU-C	92,0%
Bénéficiaires de la CMU-C	87,1%
16-25	78,3%
26-40	91,0%
41-60	95,3%
61 et plus	98,2%

Source SNIIRAM – traitement CNAMTS

Si les bénéficiaires de la CMUC ont moins fréquemment un médecin traitant désigné, c'est lié à leur structure d'âge plus jeune que la population générale : à âge identique, le taux d'adhésion est le même. La situation a progressé de ce point de vue au cours du temps (graphique ci-dessous).



Source SNIIRAM – traitement CNAMTS

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

26/50 avenue du Professeur André Lemierre

75986 Paris Cedex 20

Contribution de la FFMPs



GROUPE DE TRAVAIL MÉDECINE GÉNÉRALE*

Réflexions de la FFMPs selon le canevas proposé*

!

!

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

*

! 1.1 La hiérarchisation du système de santé!!

*

Le système de santé en France a beaucoup été centré sur les établissements. La plupart des pays industriels connaissent une évolution de leurs systèmes qui va de l'hôpital vers les soins de ville. Ce qui donne de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités aux acteurs des soins de santé primaires.

*

Les conditions d'exercice en soins primaires connaissent des spécificités souvent ignorées par les autres acteurs. Les professionnels des soins primaires organisés autour du médecin généraliste sont donc les seuls à même d'envisager l'ensemble des problématiques en jeu.

*

Mais il manque actuellement, dans cette évolution nécessaire et inéluctable, les moyens de l'accompagnement au changement des professionnels des soins de santé primaires. Le passage d'une culture de l'exercice isolé ou mono-catégorielle à un exercice pluri-catégoriel en équipe est un réel bouleversement pour les professionnels. Utiliser des systèmes d'information, saisir des indicateurs, appliquer des protocoles, participer à des réunions d'équipes, organiser la réponse aux soins sur un territoire, gérer des parcours, ces items et d'autres encore bouleversent leurs habitudes. Ni leur formation, ni leur cadre d'exercice ne les a préparés à ce nouveau management des soins primaires.

*

La FFMPs a créé des équipes de « facilitateurs » dans plusieurs régions avec des résultats positifs. Des expériences aux États-Unis montrent que ces changements prennent de l'ampleur lorsqu'ils sont accompagnés.

*

L'accompagnement au changement pour les professionnels concernés est une des données de la réussite de la modernisation des soins primaires.

*

Proposition de la FFMPs pour une modification du projet de loi*

Cet accompagnement des professionnels au changement doit être une des missions des ARS leur permettant de mobiliser les FIR à ce sujet. Nous suggérons une modification de l'article L. 1431-1 en confiant une autre mission aux ARS*

*

2° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :

(...)

! Elles contribuent à l'accompagnement des professionnels des soins primaires au changement pour leur permettre d'adapter leur exercice aux nouveaux enjeux territoriaux, en s'appuyant si besoin, des représentations régionales des professionnels exerçant en équipe des soins primaires

! !



1.2 Les parcours de santé / parcours de soins

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.

➤ La FFMPS fait 4 propositions sur ce sujet, sans modification du projet de loi :

1 - Une amélioration de la connaissance des conditions de travail des acteurs

La FFMPS suggère qu'il soit possible à chaque médecin ou cadre de santé exerçant en service hospitalier de bénéficier d'une demi à une journée par mois pour visiter des « équipes constituées de soins de santé primaires (maisons, pôles et centres de santé). Ce temps de rencontre avec les acteurs de terrain serait aussi une source d'amélioration des modalités de fonctionnement de ces équipes locales.

2 - Une protocolisation du parcours de soins de la personne âgée

L'équipe hospitalière connaît les informations dont elle a besoin pour assurer prise en charge et retour précoce à domicile. L'équipe de soins de premier recours (médecin, pharmacien, infirmier, kiné, etc.) sait ce dont elle a besoin pour assurer le suivi lors de la sortie de l'hôpital. Le protocole ville hôpital définit les conditions d'une hospitalisation et les documents devant être transmis par l'équipe de ville à celle de l'hôpital. Il définit les conditions du retour à domicile ou en institution et les documents devant être transmis par l'équipe de l'hôpital à celle de la ville. L'objectif est de fournir du matériel de travail aux équipes locales pour qu'elles s'approprient elles-mêmes leur propre protocole à partir de ces cadres proposés.

3 – Un développement des « réseaux d'appui »

Les expériences menées actuellement par divers réseaux dits « d'appui » sont très positives dans la mesure où ils permettent une prise en compte plus adaptée du patient et de libérer du temps professionnel. Dans la plupart des cas, une coordinatrice prend en charge le patient à la demande du médecin, traitant, lors de problématique sociale ou de nécessité de recours rapide à une hospitalisation. Sous contrôle de l'équipe de soins, elle prend le temps nécessaire pour contacter les services sociaux ou les services hospitaliers nécessaires. Ce travail permet un choix optimal et une meilleure préparation d'une éventuelle hospitalisation.

4 – La création de postes de coordonateurs hospitaliers

A la lumière des expériences danoises, la création de postes de coordonateurs à l'hôpital réalisant le lien entre ville et hôpital est une piste à développer. Le coordonateur s'assurerait que le patient entre en séjour hospitalier avec des investigations nécessaires déjà faites pour permettre un séjour court et efficace. Il s'assure de la circulation de l'information entre les équipes de ville et de l'hôpital, et que le retour à domicile se fasse en concertation avec l'équipe de soins de premier recours. Il pourrait aussi faire le lien avec les structures locales de formation, à propos des informations relatives aux nouvelles technologies développées sur le plateau technique hospitalier.



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

En ce qui concerne les lieux où officient les équipes de soins de santé primaire, nous sommes dans une difficulté liée à la juxtaposition de professionnels relevant pour chacun de décrets distincts d'actes et de nomenclature 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. Nous avons aussi besoin d'une évolution du cadre juridique de cet exercice en équipe de soins primaires.

Cependant, la FFMPs est consciente que faire évoluer ce point présente des obstacles et des risques d'opposition de structures représentatives. Aussi nous demandons la mise en place d'un groupe de travail qui pourrait voir le jour dans la loi sous forme d'un observatoire national des soins de santé primaires. Les missions de cet observatoire des soins primaires pourraient comprendre tous les points liés au changement nécessaire de l'organisation des soins primaires en France.

➤ Proposition de la FFMPs pour une modification du projet de loi :

Art. L 1411-14 Il est créé un observatoire national des soins de santé primaires. Les missions de cet observatoire sont entre autres :

- 1) Analyser et identifier les évolutions en cours de l'organisation des soins primaires*
- 2) Analyser et identifier les aides nécessaires à l'accompagnement aux nouvelles organisations des équipes de soins primaires*
- 3) Etre force de proposition sur les modifications réglementaires à adopter pour faciliter cette évolution de l'organisation des soins primaires*

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

Outre ce qui est noté au 1.2 sur la nécessaire amélioration de la connaissance réciproque des acteurs, un obstacle majeur au développement de cette organisation liée aux NTIC est l'absence de cotation des actes en télé expertise, téléconsultation à partir des unités de soins des équipes de soins de santé primaire.

Il pourrait relever de l'observatoire suggéré ci-dessus de faire des propositions sur ces points.



2. Une Médecine générale au cœur du système de santé

2.1 Les caractéristiques de la médecine générale

Les missions du médecin généraliste définies à l'art. L 4130-1 du Code de Santé Publique, et les missions des soins primaires définies à l'art. L1411-11 le Code de Santé Publique, sont centrées sur les soins aux patients, mais ne prennent pas en compte les missions territoriales. Le passage progressif d'un exercice isolé à un exercice en équipe, et le changement progressif des soins aux patients à la prise en charge de la santé d'une population sur un territoire n'apparaissent pas. Ces missions n'étant pas définies réglementairement, sont donc rarement assumées et laissent le champ à des couches et surcouches d'organisations complémentaires couteuses et pas toujours efficaces.

➤ Proposition de la FFMPs pour une modification de la loi, art L1411-11 du Code de Santé Publique :

L'accès aux soins de santé primaires 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. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. 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, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° L'éducation pour la santé ;*

5° la prise en compte de la santé de la population du territoire concerné en application des directives des PRS.

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 en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

2.2 La fonction traitante du médecin généraliste

Le médecin généraliste reste par définition le médecin traitant du patient. L'apparition de nouvelles missions comme celle de prévention et promotion de la santé, de notion de responsabilité populationnelle apportent une nouvelle dimension à cette fonction traitante telle qu'elle était appréhendée jusques là. Le médecin généraliste tout en prenant compte ces nouvelles missions doit rester et même renforcer son rôle de soignant en particulier en réinterrogeant ses compétences professionnelles.



2.3 Les compétences professionnelles

La formation du médecin se destinant à la médecine générale, médecine des soins de santé primaires en équipe nécessite l'acquisition de nouvelles compétences. Il travaillera en équipe pluri professionnelle. Il doit donc s'impliquer dans le travail coordonné. Il doit savoir utiliser un SI et saisir des indicateurs qui permettront d'éditer des données facilitant la pratique d'audits réguliers de l'équipe. Il doit être en capacité de réguler les flux de demandes de soins pour assurer l'accessibilité de la population. Il doit savoir impliquer les patients dans les soins. Il doit connaître les référentiels d'analyse d'une équipe de soins de santé primaire (Matrice du Maturité).

➤ Proposition de la FFMPS :

L'observatoire des soins de santé primaires proposé au 1.3 devrait être une des forces de proposition d'évolution des programmes de formation des futurs professionnels de santé, particulièrement les médecins généralistes.

2.4 La responsabilité du médecin généraliste

Le médecin généraliste de par sa fonction et son identification de médecin traitant du patient est au cœur de l'évolution des soins primaires tant au niveau de sa conception que de son organisation. Il doit être, en équipe avec les autres professionnels concernés, garant de la réponse apportée aux demandes de santé des patients de son territoire.

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

Développé au 1.2



3. Les plans de santé publique et la médecine générale

3.1 L'organisation et l'articulation avec les soins de santé primaires

La loi donne déjà la possibilité de contractualiser des CPOM sur des sujets de santé publique.

Article L1435-3

L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

3.2 L'implications de la discipline, les aspects opérationnels



4. Les moyens de l'exercice professionnel

4.1 La démographie

4.2 Les modes d'exercice

Nous pensons à la FFMPs que le modèle de l'exercice isolé n'est plus approprié aux nouveaux enjeux des patients poly pathologiques et de la complexité croissante de l'exercice. La génération qui arrive sur le terrain signale sa préférence nette pour l'exercice en équipe et pour un exercice à temps partiel. Ces éléments transforment les modes d'exercice.

4.3 Les modes de rémunération

Le travail en équipe des soins de santé primaires nécessite d'autres modes de rémunération que le seul paiement à l'acte. Il est démontré que les rémunérations d'équipes sur les centaines de premières MSP sont facteurs de consolidation de l'accessibilité, d'une meilleure qualité des soins et d'économies de dépenses de soins des patients. La démarche actuelle des nouveaux modes de rémunération va bien dans ce sens, même si elle reste à notre avis trop prudente et manque d'envergure.

➤ La FFMPs attend les conclusions de l'arbitrage conventionnel.

4.4 Les affectations budgétaires indispensables et leurs moyens

Plus loin que les NMR qui sont destinées à indemniser les professionnels pour les temps de coordination, et les surcoûts du développement des systèmes d'information, la FFMPs suggère que la première affectation budgétaire qui serait nécessaire relève d'un forfait structure.

Les surcoûts structurels sont importants (lieu d'accueil, pièces supplémentaires pour soins non programmés, salles de réunions et de formation, secrétariat plus important, accessibilité facilitée).



5. La formation et la recherche

5.1 La formation Initiale

Les équipes de soins de santé primaire sont des lieux privilégiés de la formation des médecins généralistes mais aussi des autres professions. La rencontre d'autres professions des soins de santé primaires, la confrontation à un exercice varié lié à la pluralité des médecins sont des facteurs d'ouverture des étudiants aux soins de santé primaire.

5.2 Le DPC et la FMC en médecine

Comme pour l'ancienne EPP, nous considérons que le fait de travailler en équipe coordonnée soumise au cahier des charges des NMR devrait valoir validation du DPC.

Les réunions régulières entre pairs, les échanges sur les dossiers traités, les travaux de protocolisation des soins, sont tous des moments d'amélioration des connaissances et des pratiques pour les professionnels.

➤ Proposition de la FFMPs :

L'exercice d'un médecin généraliste en équipe de soins de santé primaires bénéficiant des NMR donc soumis au cahier des charges concerné, devrait lui assurer la validation de ses obligations de formation.

5.3 La recherche en médecine générale

L'ouverture récente des PHRC aux MSP par la circulaire « INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2014/33 du 28 JANVIER 2014 » permet le montage de programme de recherche par des équipes de soins de santé primaire appuyées par des médecins chefs de clinique chercheurs. Il nous semble cependant que les orientations des thèmes ne sont pas assez marquées envers les soins primaires.

Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé
Maison de Santé - 16, rue du 1^{er} Septembre 1944 01160 Pont-d'Ain
Téléphone : 04 74 39 79 01- secretariat-ffmps@ffmps.fr

Contribution de SOS Médecins de France



La réflexion à laquelle vous nous faites l'honneur de nous associer est destinée 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 ».

SOS Médecins France vous remercie pour cette demande de participation. Les médecins membres de nos associations n'interviennent pas auprès des patients au titre de médecins généralistes traitants mais comme médecins spécialistes de Médecine Générale intervenant dans le parcours de soins primaires des patients tant aux heures d'ouverture des cabinets médicaux en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant que dans le cadre de la permanence de soins.

Nous avons bien compris que votre objectif est d'incrémenter, dans la loi en préparation, ce qui vous paraîtra indispensable. En conséquence nous nous efforcerons à ce que notre contribution à cette réflexion reste en phase avec ce projet et nous soulignerons donc dans notre propos les éléments pouvant y aider.

Gardons à l'esprit que l'exercice de la Médecine Générale est un exercice complexe à multiples facettes. Autant il serait illusoire qu'un médecin soit omniscient, autant il serait illusoire qu'un seul médecin assume à lui seul l'ensemble des facettes du métier de médecin généraliste. Ainsi, l'exercice de la Médecine Générale ne peut se focaliser sur le seul médecin, mais se conçoit à l'égide d'un système. Les médecins de soins non-programmés que nous sommes font non seulement partie de ce système de premier recours mais ils lui permettent d'être efficient, au service du public.

Les thématiques abordées

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

1.1 La hiérarchisation du système de santé

En France, la hiérarchisation du système de santé est insuffisante entraînant de nombreux dysfonctionnements au profit des soins tertiaires hospitaliers. Le Médecin Généraliste doit pouvoir gérer le plus souvent possible le passage des soins primaires aux soins secondaires spécialisés ou aux soins tertiaires hospitaliers. Ce recentrage privilégiant cette médecine de premier recours comme pivot de la prise en charge des patients ne peut aboutir qu'à une réponse optimale pour la population en réduisant les coûts pour la Sécurité Sociale.

1.2 Les parcours de santé / parcours de soins

La médecine générale pratiquée par les médecins des associations de soins non programmés est une médecine de prise en charge de l'« aigu » non programmé c'est donc une médecine essentiellement de soins qui s'inscrit tout naturellement dans le parcours de santé du patient en complémentarité avec la prise en charge du médecin traitant. Cette complémentarité s'exprime autant à certains horaires de la journée alors que les cabinets médicaux sont ouverts ou lors des vacances des médecins qu'aux horaires officiels de la permanence de soins la nuit, le week-end ou les jours fériés. Cette complémentarité s'exerce également dans le cadre de la prise en charge de pathologies plus spécifiques comme celles nécessitant impérativement une visite à domicile, les urgences médicales non-réanimatoires mais nécessitant un équipement particulier du médecin (oxygène, ECG, oxymètre de pouls) ou les décompensations aiguës de pathologies chroniques suivies par le médecin généraliste traitant.

Ce qui est important à souligner c'est l'absence de rupture dans le parcours de soins du patient lors de l'intervention d'un médecin d'une association type SOS Médecins.

Le parcours de soins du patient ne s'arrête pas à l'heure de fermeture des cabinets médicaux. La permanence de soins ambulatoire prend le relais dès 20h et cela jusqu'au 8h le lendemain matin incluant la 2^{ème} partie de nuit entre minuit et 8 heures et de même le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Les demandes de soins primaires de la population doivent pouvoir être prises en charges partout en France 24h/24 dès lors que des médecins sont volontaires pour l'assurer. Cette prise en charge permet d'apporter la réponse la plus appropriée à

l'état du patient, soit un conseil téléphonique, soit une consultation sur un point fixe, soit une visite au domicile, soit une réorientation sur le médecin de l'AMU du SAMU-Centre 15 en cas d'urgence vitale.

Ainsi, partout sur le territoire, si une association de permanence de soins interconnectée avec le SAMU-C15 est présente, elle est l'acteur de la PDS et le cadre de la PDS-Ambulatoire s'applique conformément aux textes réglementaires. Ce n'est qu'en l'absence d'effecteur disponible ou volontaire que la PDS en Etablissement de Santé est envisageable.

Il n'y a donc pas lieu de transférer la prise en charge des patients vers l'hôpital (PDS-ES) après minuit lorsque des médecins généralistes libéraux comme ceux des associations de permanence de soins SOS Médecins sont présents et disponibles.

L'article R 6315-1 du CSP devrait donc être modifié puis intégré au projet de loi pour que le transfert de la PDS-A vers la PDS-ES ne soit possible qu'en l'absence des médecins libéraux ou d'association de pds disponibles pour l'assurer :

«En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, ainsi qu'en cas d'absence d'associations de Permanence de soins disposant de plateformes d'appels interconnectées, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé. »

Cette modification permettrait d'éviter, une fois de plus, le démantèlement de la médecine générale en lui retirant un de ces champs de compétence en dépit d'un besoin de la population et de médecins généralistes en situation de l'assurer.

Sur l'accès : les associations de PDSA bénéficiant d'une interconnexion avec le SAMU départemental et d'une convention validée par le préfet peuvent être jointes directement sur leur ligne propre qui est inscrite dans le cahier des charges régional de la permanence de soins.

Le continuum de ce parcours de soins aux heures de permanence de soins passe par la connaissance pour les patients du numéro de téléphone à composer et donc la diffusion par les ARS des numéros d'accès aux centres d'appels médicaux des associations de permanence de soins interconnectées avec le SAMU Centre 15 et inscrites au cahier des charges de la PDS-A.

Le dossier personnel du patient (DMP) est un élément constitutif de son parcours de santé et joue un rôle important dans la prise en charge du patient au cours de son parcours de soins. Or ce DMP n'est actuellement, dans le projet de loi en préparation, pas accessible en cas d'urgence à un médecin régulateur autre que celui du CRRA 15. Il est indispensable que le régulateur des plateformes d'appels interconnectés avec le numéro national d'aide médicale urgente conformément à l'article L6314-1 du CSP puisse avoir accès au DMP.

L'article Article L1111-17 du CSP devrait donc être modifié puis intégré au projet de loi : « Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 ou de la plateforme d'appels interconnectée avec le numéro national d'aide médicale urgente conformément à l'article L6314-1, qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical personnel de celle-ci ».

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

Pour les médecins des associations de permanence de soins, le lieu de soins est le plus souvent le domicile du patient.

Mais ce peut-être aussi le commissariat de police ou la gendarmerie, les lieux de détention (Maisons d'arrêt, Centre pénitentiaire), une EHPAD, un hôtel, un restaurant, un foyer à caractère social, une école.

La diversité des lieux de prise en charge et parfois la difficulté de l'exercice médical liée aux particularités propres à ces situations doivent être soulignées et prises en considération. Elles renforcent le caractère social des prises en charges médicales des médecins de ces associations.

La prise en charge médicale d'un patient sur son lieu de vie est un élément important rentrant en compte dans l'évaluation globale des problèmes médicaux des patients et va devenir nécessaire dans un nombre de cas de plus en plus important avec le vieillissement de la population et la difficulté pour les personnes âgées plus ou moins dépendante à se rendre dans un cabinet médical.

A noter également que seule la visite à domicile permet la détection de certaines pathologies comme les intoxications au monoxyde de carbone réalisable uniquement sur le lieu de l'intoxication par un médecin équipé d'un détecteur de CO.

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

Les rapports entre les médecins des associations de permanence de soins et les autres spécialités de soins de santé secondaires et tertiaires s'organisent sur la base de filières de soins pour certaines pathologies et de réseaux de soins avec certains médecins spécialistes.

Filière de soins par exemple pour le déplacement d'un SMUR à la demande de la régulation d'un Centre d'appels médicaux de SOS sur une urgence vitale via son interconnexion avec le SAMU ou à la demande d'un médecin effecteur de SOS sur une ligne téléphonique dédiée. Filière encore pour l'accès rapide à la thrombolyse pour un patient souffrant d'un accident vasculaire cérébral.

Travail en réseau avec des spécialistes de l'imagerie (radio, scanner, irm) permettant un accès direct à un plateau technique ou avec des spécialités médicales de cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie permettant une prise en charge rapide et personnalisée. Travail en réseau par la signature de convention entre l'association SOS Médecins et l'HAD dans le cadre des soins palliatifs, dont la prise en charge ne se conçoit que dans la totalité du nyctémère. Travail en réseau encore avec accès direct au psychiatre référent hospitalier dans le cadre d'une consultation auprès d'un patient suivi dans le secteur ou en hôpital de jour.

Ces filières et ces réseaux optimisent la prise en charge des patients et méritent d'être développés.

2. Une Médecine générale au cœur du système de santé

2.1 Les caractéristiques de la médecine générale

La Médecine Générale est une spécialité particulière : elle est la base et le pivot de la gestion de la santé du patient. Elle est également le témoin des évolutions de la population. Ses multiples définitions sont précisées dans le référentiel métier. **Elle est multiple et complémentaire dans son ensemble.**

2.2 La fonction traitante du médecin généraliste

Le médecin généraliste "traitant" est le véritable chef d'orchestre de la santé du patient : prévention, dépistage, soins et évolution. Cette fonction est assurée par une personne physique, et par l'organisation du système de soins qui prend le relai en son absence. Il est destinataire de tous les documents ayant rapport à l'état de santé de son patient et est responsable de l'exercice de son métier.

2.3 Les compétences professionnelles

Les compétences professionnelles des médecins généralistes sont définies dans le référentiel métier. Nous ne reprendrons pas ici l'ensemble des missions dévolues au médecin généraliste, mais nous indiquerons qu'elles doivent pouvoir s'appliquer à tout patient et à tout moment, mettant en exergue l'organisation du système de soins de premiers recours dans son ensemble, non limité à sa simple personne ou aux portes du cabinet ou du centre de soins.

Les compétences professionnelles des médecins peuvent s'enrichir au cours de leur vie professionnelle en fonction d'évolutions techniques dans les domaines diagnostiques ou thérapeutiques.

Ces acquisitions nouvelles doivent pouvoir être favorisées, enseignées et valorisées.

Ainsi dans le domaine de la prise en charge ambulatoire de l'urgence, un nombre croissant de médecins se forment à l'échoscopie au lit du malade. Cette nouvelle technique accessible au médecin généraliste doit pouvoir obtenir une valorisation par l'Assurance Maladie, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

2.4 La responsabilité du médecin généraliste

Lorsque le médecin généraliste exerce de la cadre de la permanence de soins ambulatoire, il effectue une mission de service public. Durant cette activité, sa couverture assurancielle tant en terme de responsabilité civile professionnelle qu'en terme de risque lié à son déplacement professionnel devrait être couvert par l'Etat. Il en est de même pour les risques d'accident par exposition au sang qu'il encoure.

Pour que les médecins connaissent mieux le droit médical, il est nécessaire de développer leur formation juridique et de dispenser des cours de droit aux étudiants en médecine et aux internes durant leur formation continue car durant les études, la formation théorique juridique des étudiants est limitée alors que le nombre de plaintes et de procès dans le milieu médical augmente.

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

Les difficultés qui peuvent être rencontrées par la médecine de proximité avec les autres disciplines sont exacerbées en période de permanence de soins. Que ces disciplines soit médicales (médecins spécialistes libéraux) ou para-médicales (kiné, infirmiers/ères), il y aurait beaucoup à faire pour faciliter l'accès des médecins de garde à ces disciplines en terme d'organisation d'un service de garde et de diffusion des numéros à joindre en cas de besoin ce qui éviterait le recours à l'hôpital pour des problèmes pouvant être pris en charge en ambulatoire.

3. Les plans de santé publique et la médecine générale

3.1 L'organisation et l'articulation avec les soins de santé primaires

Les médecins généralistes, pivot de la santé de leurs patients, doivent au minimum être associés à la définition et la déclinaison des plans de santé publique. Ils sont effectivement responsables de leurs applications, mais sont également témoin de besoins de santé de la population. Quelle autre garantie de leur efficacité que de faire participer à leur élaboration les professionnels de santé concernés par leur application ?

3.2 L'implication de la discipline, les aspects opérationnels

Un certain nombre de plans de santé publique sont en relation directe avec l'exercice médical des médecins de soins non-programmés, comme par exemple : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, Plans d'action national «accidents vasculaires cérébraux», Programme de développement des soins palliatifs, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, Plan blanc, Maladies Emergentes, Plan canicule....

Les médecins généralistes de soins non-programmés ou d'association de permanence de soins ne sont généralement pas associés à la rédaction des plans de Santé Publique les concernant; ces plans sont donc la plupart du temps peu adaptés à leur réalisation concrète sur le terrain.

A noter que dans le cadre de la Préparation et Gestion des Alertes Sanitaires, SOS Médecins est particulièrement actif et impliqué ayant signé dès 2005 une convention nationale de partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire. L'envoi quotidien des données épidémiologiques de SOS Médecins à l'InVs constitue avec le réseau OSCOUR des urgences hospitalières et le dépouillement des certificats de décès, un des 3 volets du dispositif SURSAUD assurant la veille sanitaire en France.

4. Les moyens de l'exercice professionnel

4.1 La démographie

Deux facteurs s'opposent aujourd'hui. D'un côté, le numerus clausus serré associé à la dévalorisation de la Médecine Générale, par rapport aux spécialités d'organe, font que les jeunes médecins, déjà peu nombreux, ne deviennent que rarement des médecins généralistes. De l'autre côté s'installent en France de nombreux médecins ayant fait leurs études à l'étranger. Ce processus va s'accélérer nettement dans les années à venir. Difficile de présager quel facteur prédominera dans l'avenir, mais aujourd'hui le solde de renouvellement des médecins généralistes reste déficitaire. De plus, aborder le problème de la démographie médicale uniquement par le spectre du nombre est erroné. Effectivement, les jeunes générations, comme l'ensemble de la société, ont modifié leurs habitudes de vie et de travail. Le temps de travail moyen des médecins généralistes a diminué nettement et continuera à diminuer. Pour nous, la question de la démographie médicale est tout d'abord indissociable de l'attractivité de la Médecine Générale qui dépend de sa valorisation, de l'attrait de ses différents modes d'exercice et de l'image qu'elle renvoie.

Ainsi SOS Médecins a bénéficié d'une augmentation régulière du nombre de médecins exerçant au sein de ses associations à raison de 10% sur ces 5 dernières années.

Néanmoins, nous sommes inquiets à propos des menaces pesant sur le maintien de la liberté d'installation dans notre pays : de nombreux rapports, parlementaires, de la cour des comptes, des propos de décideurs tenus dans la presse remettent en cause cette liberté d'installation. Autant de craintes et d'attaques entraînant, une fois de plus, une dévalorisation de la Médecine Générale et de la médecine libérale. Autant dire que cela irait dans le sens contraire de tous ce que nous défendons dans la présente audition et pourrait remettre en question l'augmentation du maillage du territoire par les associations de permanence des soins.

La possibilité de création d'associations de médecins consacrées à la permanence de soins doit rester possible en fonction des besoins ainsi que leur inscription au cahier des charges régional de la pds sans que l'ARS puisse en figer, à son gré, l'organisation.

4.2 Les modes d'exercice

C'est un point d'attrait, et non de division, de la Médecine Générale. Il n'y a pas UN SEUL mode d'exercice, mais de nombreux, à partir du moment où l'on reste dans le cadre des compétences métiers. **Au contraire de stigmatiser certains modes, il nous faut les valoriser, mettre en exergue la complémentarité de ceux-ci au profit du patient et de la société.** Seule une démarche commune de la profession pourra permettre la revalorisation tant nécessaire de l'exercice de la Médecine Générale.

4.3 Les modes de rémunération

Depuis quelques années, de nouvelles modalités de rémunérations (forfaits d'astreinte, ROSP, aide à la télétransmission) côtoient la rémunération à l'acte, qui doit rester la principale modalité de rémunération, dans le monde de la médecine libérale.

Les forfaits d'astreinte permettent de pérenniser l'offre de soins dans les périodes de permanence de soins (soirée, nuit profonde, week-end, jour férié) et prennent en compte "l'indisponibilité familiale et privée" du praticien sur ces périodes mais ne doivent pas supplanter le paiement à l'acte.

Dans les NMR, le ROSP a été créé pour favoriser l'efficacité des soins. Il est aujourd'hui majoritairement axé sur des critères d'efficacité clinique, critères d'ailleurs majoritairement remis en cause par l'ensemble des sociétés savantes de la profession. De plus, il ne concerne qu'une partie des médecins généralistes, les médecins généralistes traitant, faisant fi, par exemple, des médecins généralistes assurant la permanence des soins, pourtant indispensables au système de soins de la médecine générale. **Il nous paraît nécessaire d'adapter le ROSP à l'ensemble des médecins généralistes, car il est logique de favoriser l'efficacité également dans la prise en charge des soins non-programmés.**

L'aide à la télétransmission doit correspondre au coût réel, il est anormal que les médecins doivent participer au financement d'une obligation administrative des caisses d'assurance maladie.

La remise en cause récente, par la cour des comptes, de la participation des caisses d'assurance maladie aux charges sociales des praticiens de secteur 1 constituerait un casus belli pour les médecins. Le contrat du secteur 1 prévoit en effet une modération des honoraires en échange de cette participation.

Enfin certaines rémunérations spécifiques présentent un caractère discriminatoire pour certains membres de la profession comme les médecins d'associations de permanence des soins. Il en est ainsi de la majoration d'urgence MU pour les visites effectuées à la demande du SAMU-C15 réservée au médecin exerçant en cabinet, la majoration M applicable sur les seules sutures effectuées en cabinet mais pas à domicile ou en EHPAD, la cotation ZZQM004 pour l'échographie transcutanée au lit du malade non cumulable avec une cotation NGAP de médecin généraliste en visite ou en consultation.

4.4 Les affectations budgétaires indispensables et leurs moyens

Il nous paraît indispensable de revaloriser la médecine générale. Longtemps cinquième roue du carrosse, elle est pourtant à la base de toute prise en charge d'un patient. Le gel au secteur 1, associé à des revalorisations largement insuffisantes a détourné inexorablement les jeunes générations de son exercice. Nous parlons de revalorisation à tout niveau : rémunération certes, permettant d'engager une secrétaire, par exemple, mais également dans l'outil et les conditions de travail (cabinet ou lieux d'exercice, nouvelles technologies, moyens de communications modernes - télé-médecine -, ...), la formation continue, ...

5. La formation et la recherche

5.1 La formation Initiale

Longtemps stigmatisée dans l'université, la Médecine Générale, avec la création d'une sous-section au CNU, peut enfin exister en tant que telle et non en tant qu'une vague synthèse des différentes spécialités. Cette mutation bénéfique pour la formation de nos futurs confrères ne sera pertinente que si elle aussi ne stigmatise pas une partie même de la Médecine Générale. L'ensemble des compétences du métier de médecin généraliste doit non seulement être enseigné, mais également représenté dans le corps professoral. L'enseignement doit comporter des objectifs tant théoriques que pratiques, portant sur le savoir et le savoir-faire, et adapté à la réalité du métier.

Dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES) de Médecine Générale, la formation pratique auprès d'un médecin généraliste agréé, membre d'une association de permanence des soins permet de privilégier le terrain d'exercice des futurs généralistes : la médecine ambulatoire de soins primaires. Elle permet d'accéder à une formation pratique aux soins primaires, à la médecine de premier recours, à l'urgence et à la permanence de soins.

Ce stage, pratiqué déjà dans un certain nombre d'associations SOS Médecins, s'inscrit dans une démarche globale de formation à la médecine générale en présentant les spécificités et la pratique de la PDS, en permettant de faire disparaître l'appréhension vis-à-vis de la prise en charge des urgences, en visite et en consultation et en préparant à la participation aux gardes ambulatoires de Médecine Générale.

C'est dans cet esprit que l'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et la fédération SOS Médecins France se sont rapprochées pour établir une convention de partenariat destinée à faciliter et à promouvoir pour les internes de médecine générale, la possibilité de réaliser une partie de leurs stages ambulatoires de fin d'études médicales au sein des associations SOS Médecins. Il est à noter que la grande majorité des internes passant par une formation pratique au sein d'une association de permanence de soins de type SOS Médecins prennent secondairement leur tour de garde, une fois installés.

5.2 Le DPC et la FMC en médecine

L'apprentissage de nouvelles connaissances/compétences ne peut se résumer à la formation initiale. En Médecine, tout évolue : les connaissances, les outils, les thérapeutiques, l'administratif, l'environnement, les maladies émergentes, ... Aucun métier comme celui de médecin ne doit s'adapter autant tout au long d'une carrière. Plus que d'autres, une partie importante de nos moyens, tant en terme de temps, d'implication que financiers doit être dévolue à notre formation. Là aussi l'ensemble des facettes du champ de la Médecine Générale doit pouvoir être exploré. Les institutions ayant pour mission de gérer la santé, partant du seul constat financier, ont longtemps été aveugles sur la nécessité absolue de la formation continue. Les discussions en cours sur le renouveau du DPC ne nous semblent pas à la hauteur des enjeux.

5.3 La recherche en médecine générale

La médecine "occidentale" est une médecine scientifique (EBM). Là aussi les enjeux sont énormes, le champ infini. Là aussi la stigmatisation de la médecine générale au profit de la médecine de spécialités, d'organe, a engendré un retard préjudiciable. Gageons que la création de la sous-section du CNU, le recrutement d'un corps professoral en médecine générale permettra le développement d'une recherche en médecine générale. Celle-ci devra être favorisée par un abondement et une simplification d'accès aux crédits de recherche. Et de cette recherche découlera les évolutions de notre système de soins, sa pertinence et son efficacité. Elle ne devra pas être limitée à un domaine mais devra explorer l'ensemble du champ des compétences du métier de médecin généraliste.

En conclusion, nous insistons fortement sur le rôle complémentaire de tous les acteurs médecins généralistes dans la mise en œuvre des missions de la Médecine Générale. Voyons l'efficacité du système dans son ensemble, et n'opposons pas les acteurs même de ce système.

La revalorisation, sur tous ses aspects et déclinaisons, de la Médecine Générale doit être une priorité aujourd'hui. Les institutions doivent favoriser l'accomplissement des missions, et non la compliquer. La profession doit se moderniser et trouver des modes d'exercice innovants et capables d'attirer les jeunes générations.

Exercer la Médecine Générale est un métier fabuleux. Nous en sommes fiers, et déterminés à le promouvoir.

SOS Médecins de France
87 boulevard de Port Royal 75013 Paris
Téléphone: 01 47 07 77 77

BIBLIOGRAPHIE

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.

 la Presse Médicale & Quarterly Medical Review		 Volume 42 - N°3 Mars 2015
www.em-conscience.com/revue/lpm - www.sciencedirect.com		
Éditoriaux La contraception estrogénoprostative remise en cause ? A. Gompel 249 Revoir le dosage des sous-classes d'IGG P. Aucouturier 253 Actualisation de la définition européenne de la médecine générale B. Gué 258	Hypertension artérielle pulmonaire et drépanocytose S. Sarrailh, B. Blot, G. Roche, E. Galactéros, G. Simonneau, F. Parent 338 Psychostimulants dans le traitement de la dépression G. Sanches, M. Ajda, C. Royet, C. Lignon 347 Lettres à la rédaction / Letters to the Editor Intoxication massive par <i>Stylocyrtus matricis</i> compliquée par une polyneuropathie sensitivomotrice de type axonale F. Loubat, A. Souillou, M. Mouty, M.J. Lucchini, F. Fanton, B. Talari 353 Pédicure ou dermatite à <i>Pseudomonas</i> : quatre observations en Provence G. Doucet, M. Guasch, C. Schmitt, M. Kervégant, L. Fichadou, L. de Haro 355 Appendicite : un diagnostic différentiel d'abdomen chirurgical aigü E. Kiri, A. Iliou, B. Bernard, S. Luyt 357 Cause hépatobiliaire de thrombose veineuse profonde unilatérale d'origine urologique F. Minetti, S. Goret, S. Joubert, O. Marli, H. Andriamano, J. Vikiola, M.D. Ngo, J.-P. Lafay 360 Pourquoi meurt-on encore d'une méningite à méningocoque ? La réponse dans les gènes ? M. Côté, N. François, A. Gentiile, J.-L. Kieck, D. Tran Van, F. Labadie 363 Hépatite E aigüe révélée par des polyarthralgies inflammatoires L. Blahó, S. Lecoulès, C. Galéano-Cassaz, T. Carmol, J.-P. Allignes 365 Naval piercing during pregnancy: A cautionary tale for the family physician, the obstetrician and the midwife N. Kluge, F. Bourde 367 Contribution of diffuse-weighted whole body imaging with background body signal suppression (DWIBS) in multisystemic Castleman's disease B. Kroll, C. Nawal, M. Jeyaraj, R. Robinson, L. Moazdeli, D. Cooper 368 Images en médecine / Images A giant liver adenoma P.H. Pereira, E. Elias 371 Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible chez une adulte dépanoprostative homocysteine C. Buchmeyer, P. Havelle, B. Maru, S. Scaevone, S. Scaevone, J. Lemer 373 Syndrome d'hyperperfusion cérébrale après revascularisation carotidienne E. Bazile, C. Piret, F. Bompierre, F.X. Arnaud, A. de Koning 375 En pratique Troubles endocriniens chez une patiente polymécanosclérotique S. Eglard, A.-S. Balmeine, F. Mouton, S. Fry, M.-C. Vanryghem, J.-L. Wernota 378	
Articles originaux Critères de décision du patient concernant la vaccination contre la grippe A(H1N1), en Belgique et en France F. Kieck, Y. Goffin, P. Boyet, A. Foyens, A. Soubbes, J.-L. Bille, D. Giet 463 Suspicion de méningite : évaluation de la prise en charge aux urgences S. Lalande, S. Serrais, E. Sollec, C. Wiestenberg, P. François, I. Caspéret, P. Favre 469 L'application du décret interdisant l'utilisation de ciment à forte teneur en chaux II, a-t-il entraîné une diminution des dermatoses professionnelles au ciment chez les travailleurs salariés du bâtiment et des travaux publics ? B. Habbou, I. Berrada-Cheh, M. N. Crisp, B. Bouquaux, H. Assier, S. Billon, D. Chodrow 478 Dépistage par les médecins généralistes de la consommation de tabac chez les jeunes de 12 à 16 ans N. Mousaad, M. Calafate, B. Carani, S. Lemaire, D. Collet 485 Métrite au point Effets cliniques à court terme des stations initiales avant une intervention P. Andrieux 261 Risque allergique en anesthésie M. Merles, F. De Bruy, S. Dong 269 Anesthésiques cardiaques et anesthésiques locaux J.-X. Maoui 280 État de stress post-traumatique après un séjour en réanimation : influence des modalités de sédatation N. Baurzheim, E. Masseret, E. Mercier, P.-F. Doquin, W. El Jage 287 Prélèvement d'organes en France : état des lieux et perspectives F.-X. Lamy, A. Arnauld, M. Thuong 295 Nouvelles recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'infection à <i>Helicobacter pylori</i> J.-D. Korwin 309 Vaccination des sujets âgés de plus de 65 ans : un enjeu stratégique pour les années futures C. Bonnal, C. Desautel, A. Reynaud-Simon, Y. Pomey-Chaz, M.L. Gougeon, J.C. Lacroix, G. Lounay 318 Signification clinique des expansions polymériques lymphocytaires T CD8 ⁺ /CD57 ⁺ E. Coppo, M. Baffes, B. Foges, K. Lasseoud 327		

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

Author's personal copy

Éditorial

 en ligne sur / on line on
www.em-conseils.com/revue/lpm
www.sciencedirect.comPresse Med. 2013; 42: 258-260
© 2013 Elsevier Masson SAS.
Tous droits réservés.

Actualisation de la définition européenne de la médecine générale

Bernard Gay

Université Bordeaux Segalen, 33076 Bordeaux, France

Correspondance :Bernard Gay, Université Bordeaux Segalen, médecine générale, 146,
rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux, France.
bernard.gay@u-bordeaux2.frDisponible sur internet le :
13 février 2013**Updating of the European definition of general practice**

La WONCA Europe (*World Organisation of Family Doctors*) a publié en 2002 la définition européenne de la médecine générale [1], qui présentait les différentes caractéristiques de la discipline. Après quelques aménagements en 2005, une version actualisée [2] vient d'être proposée à la communauté médicale, insistant sur la place du patient dans la démarche de soins. Les 11 caractéristiques initiales de la médecine générale ont été enrichies d'une 12^e composante, qui met en exergue la responsabilisation du patient.

Cette définition européenne donne un cadre conceptuel précis et décrit le contenu spécifique de la médecine générale. La médecine générale ne se réduit pas à une partie des autres disciplines mise bout-à-bout, ni à une modalité d'exercice particulière. Elle repose sur les trois éléments constitutifs de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) : les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie. Les données actuelles de la science ne sont pas toujours issues des soins de santé primaires : elles s'appuient souvent sur les résultats d'études menées en soins secondaires ou tertiaires dont la transposition en médecine générale est problématique. Ce décalage explique en partie la difficulté de mise en œuvre des recommandations pour la pratique clinique par les médecins généralistes, qui ne les trouvent pas toujours adaptées à la réalité de terrain. Le contexte clinique détermine un exercice ambulatoire de soins de santé primaires, qui influence les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques. La prévalence et l'incidence plus basses des maladies modifient le raisonnement clinique et la démarche décisionnelle, du fait de la diminution des valeurs prédictives positives ou négatives des signes ou des tests. Enfin, le comportement du patient intervient aussi dans la décision : son cadre de vie habituel, ses représentations de la maladie interfèrent dans son attitude vis-à-vis de sa santé et le médecin doit en tenir compte dans sa prescription.

258

 la Presse Médicaletome 42 > n°3 > mars 2013
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.10.016>

Author's personal copy

Actualisation de la définition européenne de la médecine générale

Cette application contextualisée et personnalisée des données actuelles de la science, conforme à l'EBM, donne à la médecine générale le substrat scientifique d'une discipline universitaire, dans ses trois composantes de soins, d'enseignement et de recherche.

Les soins

La médecine générale est la spécialité dédiée aux soins de santé primaires ou soins de premier recours, qui ont été positionnés par l'OMS comme des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus [3]. Ils ont été définis par l'Institute of Medicine américain [4] : « prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ». Malgré la solidité conceptuelle et le renforcement stratégique de cette approche [5], le système de soins aux États-Unis n'a pas résisté à l'épreuve des faits et a dérivé au point de justifier récemment une volonté de revalorisation des soins de santé primaires [6]. En 2008, l'OMS a posé à nouveau la question du renouveau des Soins de Santé Primaires et a conclu : « Maintenant plus que jamais » [7]. Il y a aujourd'hui de plus en plus de preuves de l'efficacité et de l'efficacité des soins de santé primaires et de leur capacité à réduire les inégalités de santé [8]. En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009 a intégré les soins de premier recours dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) [9], en mentionnant le respect des exigences de proximité, et a précisé les missions des médecins généralistes de premier recours [10].

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. 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 [11] 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 » [12].

Le *Royal Australian College of General Practitioners* a proposé une définition analogue à celle de la WONCA : « la médecine générale fournit des services médicaux centrés sur la personne, continus, complets, coordonnés et globaux, aux individus et à leur famille dans leur communauté » [13]. De même, l'*American Association of Family Physicians* parle d'une « spécialité médicale qui propose des soins de santé continus et complets aux individus et à leur famille ». Cette similitude montre bien le caractère

ubiquitaire de la médecine de soins de santé primaires et confirme qu'il existe bien une entité Médecine générale, quel que soit le système de santé particulier à chaque pays.

L'enseignement

Cette définition de la WONCA peut paraître théorique, mais les tâches professionnelles afférentes à la médecine générale sont très concrètes. Les compétences professionnelles qui en découlent sont clairement identifiées et doivent être enseignées à l'université. Prises séparément, elles ne sont pas exclusives des soins de santé primaires, mais c'est la capacité à pouvoir assumer l'ensemble de ces tâches qui fait la spécificité de la médecine générale. À partir des six catégories identifiées, un programme pour l'enseignement [14] a été élaboré par *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT) pour développer l'apprentissage des compétences. Les méthodes pédagogiques et les outils d'évaluation ont été décrits pour chacune d'entre elles. Cette production avait pour objectif de contribuer à l'harmonisation des contenus de formation professionnelle partout en Europe. En France, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a contribué à l'élaboration d'un référentiel de compétences [15] qui dessine les contours du métier de médecin généraliste. Le Collège des médecins de famille du Canada a énoncé les Rôles CanMEDS-Médecine familiale [16] qui définissent le cadre des compétences nécessaires à la formation en médecine de famille. Le but est d'orienter le cursus et de guider la conception et l'agrément des programmes, mais au final d'améliorer les soins dispensés aux patients et de faire en sorte que les programmes de formation du DES de médecine générale tiennent compte des besoins sociétaux.

La recherche

Parallèlement à cette utilisation pédagogique, le développement de la recherche en soins de santé primaires doit permettre d'investiguer les différents domaines de compétences. La prise en compte des aspects contextuels, comportementaux et scientifiques permet de disposer de données spécifiques à la médecine générale. Le programme de recherche [17] préparé par *European General Practice Research Network* (EGPRN) a pour objectifs d'explorer les différents champs d'activités, d'analyser leur complexité et leurs interactions et d'évaluer leur impact sur le résultat des soins. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations de la WONCA pour le développement de la recherche en soins primaires [18]. En France, de Pouvourville a posé les bases du développement de la recherche en soins primaires [19] et a proposé des axes stratégiques nécessaires. La production de données issues de la pratique en médecine générale est essentielle pour alimenter les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques, et réduire ainsi l'écart entre les recommandations et les pratiques. Cette recherche en soins de santé primaires est aussi

Author's personal copy

B Gay

nécessaire pour fournir des indicateurs de terrain susceptibles d'influencer les décisions de santé publique.

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. Les conséquences sur l'enseignement et la recherche doivent permettre de structurer un référentiel de compétences et des axes de recherche. Ces éléments positionnent la médecine

générale comme spécialité de soins de santé primaires, ouvrant sur une hiérarchisation des soins avec les soins secondaires des autres spécialités et les soins tertiaires hospitaliers. À l'heure où la France s'interroge sur la réorganisation de son système de santé, les éléments fondamentaux structurant la médecine générale, élaborés par l'ensemble des pays européens dans une approche consensuelle, apportent une contribution pertinente à une réflexion stratégique.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.



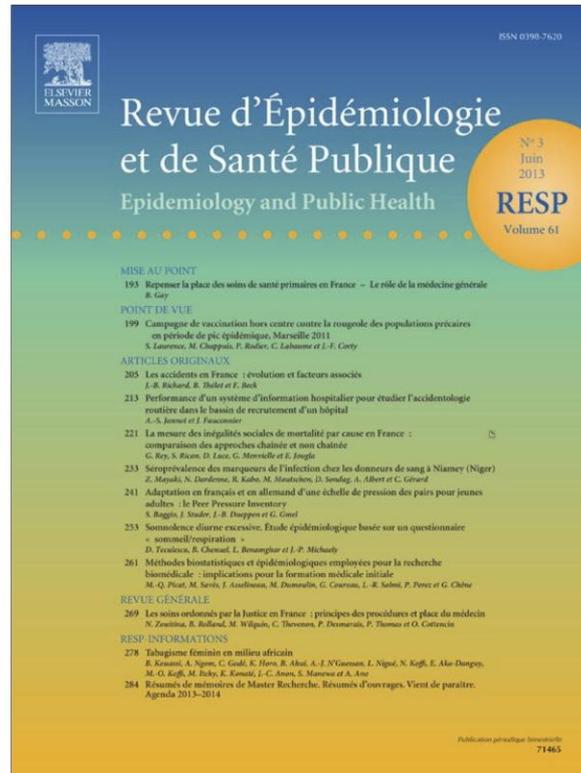
Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (<http://www.em-consulte.com/revue/lpm>)

La traduction française de « The European definition of general practice 2011 WONCA Europe » [2]

Références

- [1] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
- [2] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short version. WONCA Europe 2011. Disponible en ligne : <http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-familymedicine-edition-2011-short-version>.
- [3] WHO-UNICEF. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponible en ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- [4] National Research Council. Defining primary care: an interim report. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press; 1994.
- [5] Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. *J Fam Pract* 1996;42(2):113-6.
- [6] Lee TH. The future of primary care. The need of reinvention. *N Engl J Med* 2008; 359(20):2085-6.
- [7] OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Disponible en ligne : http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf.
- [8] Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008;372:1365-7.
- [9] Article L. 1411-11 du Code de la santé publique. Modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009-art.36.
- [10] Article L. 4130-1 du Code de la santé publique. Modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009-art.36.
- [11] 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.
- [12] Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. *Rev Med Gen* 2008;252:154-6.
- [13] The Royal Australian College of General Practitioners. RACGP definition of general practice. Disponible en ligne : <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/About/WhatIsGeneralPractice/Definition-general-practice-2011.pdf>.
- [14] Heyrman J, editor. EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005. Disponible en ligne : <http://www.med.utu.fi/yleislaak/agenda.pdf>.
- [15] Mission nationale Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Référentiels Métier et Compétences. Médecins généralistes. Paris: Berger Levrault; 2010.
- [16] Le Collège des Médecins de Famille du Canada. Rôles CanMEDS - Médecine familiale. 2009. Disponible en ligne : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMEDs%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>.
- [17] Hummers-Pradier E, et al. Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe, EGPRN, Maastricht 2009. Disponible en ligne : http://www.egprn.org/images/Research%20Agenda%20for%20General%20Practice_Family%20Medicine.pdf.
- [18] Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004;2:55-16.
- [19] de Pourvoirville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport à Monsieur le Ministre de la Santé et à Monsieur le Ministre Délégué à la Recherche; 2006.

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Author's personal copy



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com

**Revue d'Épidémiologie
 et de Santé Publique**
 Epidemiology and Public Health

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

Mise au point

Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale

Rethinking the place of primary healthcare in France – Role of general practice

B. Gay

Université Bordeaux Segalen, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux, France

Reçu le 21 mai 2012 ; accepté le 29 janvier 2013

Abstract

Primary healthcare is poorly structured in France while it is well defined at the international level: it is the point of first medical contact of the population with the healthcare system. General practice is the clinical specialty oriented to primary healthcare. Data in the scientific literature highlight the need of refocusing the health system on primary care known to improve both morbi-mortality and care efficiency. In France, health authorities acknowledge general practitioners as playing a key role in the health care system: its time to move from intention to action. Structural changes are needed to achieve this reinforcement of primary healthcare: to re-orientate medical studies towards primary care; to develop research in primary care; to promote cooperation between care providers; to ease the daily workload of practitioners; to diversify methods of payment; to propose a guide for patient's use of primary care. The transformation of the healthcare system in France requires a real strategy of primary healthcare implementation. Regardless of financial constraints, it is possible to redistribute the resources towards ambulatory care. Strengthening the role of general practice and favoring its societal recognition will be the major stages of this change.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Primary healthcare; General practice; Health care system; Efficiency; Patients' needs

Résumé

Les soins de santé primaires sont peu structurés en France alors qu'ils sont bien identifiés au niveau international : ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé. La médecine générale est la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires. La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l'efficacité des soins. En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins : il faut passer de l'intention à l'action. Pour concrétiser le renforcement des soins de santé primaires, des évolutions structurelles sont indispensables : réorienter les études médicales vers les soins primaires ; développer la recherche en soins primaires ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ; faciliter l'exercice quotidien des acteurs de terrain ; diversifier les modes de rémunération ; proposer aux patients un mode d'emploi des soins de santé primaires. La mutation du système de santé en France nécessite une véritable stratégie de développement des soins de santé primaires. Malgré les contraintes financières, il est possible de redistribuer les ressources vers les soins ambulatoires. Le renforcement du rôle de la médecine générale et sa reconnaissance sociétale sont les étapes nécessaires à ce changement.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Soins de santé primaires ; Médecine générale ; Système de soins ; Efficience ; Besoins des patients

Historiquement, la médecine s'exerçait en France sur le mode des soins de santé primaires ou soins de premier recours. L'accès aux spécialités médicales depuis la réforme de l'internat de 1982, a favorisé le développement des soins

secondaires ; la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) suite à l'ordonnance Debré de 1958, a permis l'essor des soins tertiaires. Or la transition épidémiologique liée à la part croissante des maladies chroniques conduit à une mutation du système de santé en faveur des soins primaires [1]. Cette évolution est virtuellement engagée à travers les recommandations pour la pratique clinique, qui placent le médecin

Adresses e-mail: bgay@wanadoo.fr, bernard.gay@u-bordeaux2.fr.

0398-7620/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.01.095>

Author's personal copy

194

B. Gay/Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

généraliste comme « pivot de l'organisation des soins centrée sur le patient » [2], mais ne se traduit pas dans les faits. En 2008, une mission d'information parlementaire [3] constatait que « faute d'un pilotage efficace de l'offre de soins de premier recours, les inégalités d'accès aux soins s'accroissent » et proposait de « structurer l'offre de soins de premier recours pour les rendre plus efficaces, plus efficaces et plus attractifs pour les professionnels ». Il est donc nécessaire de réorganiser l'offre de soins en France : repenser la place des soins de santé primaires et le rôle de la médecine générale.

1. Spécificité des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires (*primary healthcare*) sont peu structurés en France, alors qu'ils sont bien identifiés dans les autres pays européens, et caractérisés par une offre de soins de premier recours. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), lors de la conférence d'Alma-Ata, a positionné les soins de santé primaires comme des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus : « ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » [4]. L'Institute of Medicine américain [5] s'est approprié cette démarche : « les soins primaires sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ». Bien que le concept soit bien établi [6], la dérive du système de soins aux États-Unis a justifié une revalorisation des soins primaires [7,8].

En 2005, la WONCA Europe (World Organisation of Family Doctors) a identifié la médecine générale comme « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » et l'a définie comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique » [9]. Les 12 caractéristiques décrites permettent de dessiner la place de la médecine générale dans les soins de santé primaires. L'OMS pose à nouveau en 2008 la question du renouveau des soins de santé primaires et conclut : « Maintenant plus que jamais » [10]. En France, la loi hôpital patient santé territoire (HPST) en 2009 a intégré les soins de premier recours dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS) [11] et a précisé les missions des médecins généralistes de premier recours [12].

Une synthèse de ces différentes contributions peut être proposée pour définir les soins de santé primaires : les soins de santé primaires constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. La médecine générale est la spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle développe une approche globale, centrée sur le patient, dans une dimension biopsychosociale. Les médecins généralistes contribuent à cette offre de soins ambulatoires et assurent pour les patients

la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Ils participent à la continuité des soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination des soins nécessaires au patient.

2. Place des soins de santé primaires dans le système de santé

Le carré de White revu par Green et al. en 2001 [13] montrait que la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires. Il convient d'organiser la réponse médicale à ce niveau de prise en charge et d'assurer « la 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 » [14].

La plupart des pays européens propose cette gradation de l'accès aux soins, le médecin généraliste ayant un rôle de *gatekeeper* pour gérer le passage des soins primaires aux soins secondaires ou tertiaires. En France, la hiérarchisation du système de soins reste insuffisante, alors que la mise en place du médecin traitant en 2004 était destinée à améliorer le parcours de soins du patient. L'intention était d'optimiser l'accès aux soins en réservant le recours aux soins secondaires ou tertiaires aux situations n'ayant pas trouvé de solutions au niveau des soins primaires. Les pesanteurs historiques et corporatistes ont limité l'impact de cette démarche, au risque de donner au médecin généraliste le rôle « d'aiguilleur » vers les soins secondaires. Or l'efficacité du système de santé peut être améliorée par le renforcement des soins de santé primaires. Starfield et al. ont démontré en effet leur impact positif : « Les preuves des avantages d'un système de santé orienté sur les soins primaires sont fortes à travers une large variété des types d'études : ils assurent de meilleurs résultats de santé, à des coûts inférieurs et avec une équité plus grande » [15]. La littérature scientifique montre la corrélation entre le développement des soins de santé primaires et de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé (morbidité et mortalité, en particulier prématurée), une meilleure satisfaction des usagers et un moindre coût pour les systèmes de sécurité sociale. L'efficacité et l'efficience des soins de santé primaires et leur capacité à réduire les inégalités de santé sont bien documentées [16]. Le renforcement des prestations de soins primaires améliore les résultats de santé et limite la croissance des dépenses de services médicaux [17]. Ces résultats doivent être nuancés car ils proviennent de pays dans lesquels le système de santé est différent. Les conséquences sur le recours aux soins secondaires et les contraintes pour les patients et les professionnels de santé, sont aussi à prendre en considération. Néanmoins, il y a suffisamment d'arguments qui incitent à réorienter les systèmes de santé sur les soins primaires [17].

Author's personal copy

B. Gay/Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

195

3. Stratégie de développement des soins de santé primaires

Les difficultés d'accès aux soins et la progression des inégalités sociales de santé sont régulièrement constatées en France [18–20]. Les causes sont multiples mais les expériences internationales montrent que les soins de santé primaires peuvent améliorer la situation [21]. Les agences régionales de santé (ARS) ont construit le volet ambulatoire des SROS sur la volonté de renforcer l'offre de soins de premier recours. Cette orientation nécessite de recentrer le système de distribution des soins sur les soins de santé primaires, dont la coordination est dédiée au médecin généraliste par la loi HPST [12]. Dans cette perspective, des évolutions structurelles concernant la médecine générale peuvent être proposées.

3.1. Réorienter les études médicales vers les soins de santé primaires

La formation universitaire actuelle repose essentiellement sur un modèle hospitalier : les étudiants sont en contact régulier avec des enseignants hospitalo-universitaires et font la quasi-totalité de leurs stages au CHU. L'enseignement des soins de santé primaires dans les premiers cycles des études reste limité. Au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, les internes ne réalisent qu'un seul stage obligatoire en médecine générale ambulatoire. Les futurs médecins sont formés à des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques de soins tertiaires, qu'ils essayeront de transposer de façon inadaptée en soins primaires.

La formation médicale universitaire doit être réorientée vers les soins de santé primaires ambulatoires, qui concerneront la moitié de chaque promotion d'étudiants. Le rapport Hubert [22] faisait des propositions similaires, en particulier pour présenter précocement des modèles d'exercice médical autres que celui en CHU. Au cours du deuxième cycle des études médicales, la généralisation du stage en médecine générale pour tous les étudiants, prévu dans les textes officiels [23], et souhaité par le ministère, va donner une image de la pluralité de l'exercice médical ; l'introduction des soins de santé primaires dans le programme et les dossiers cliniques des Épreuves classantes nationales (ECN), pourra assurer une formation aux décisions de premier recours. La réalisation de la moitié des stages du DES de médecine générale en pratique ambulatoire, permettra d'augmenter le temps de formation des internes dans leur futur milieu d'exercice. Les jeunes médecins seront ainsi mieux préparés à l'exercice ambulatoire de médecine générale, ce qui devrait les inciter à exercer en cabinet. Enfin, les départements de médecine générale doivent disposer des moyens matériels et humains suffisants pour développer l'enseignement des soins de santé primaires à l'université.

3.2. Développer la recherche en soins de santé primaires

La recherche est le maillon faible de la discipline. L'absence d'une culture de recherche chez les médecins généralistes, les insuffisances méthodologiques et le manque de financement,

expliquent en partie cette situation. Les études de soins secondaires ou tertiaires ne sont pas toujours adaptées à l'exercice ambulatoire. Faute de données de soins primaires, les recommandations pour la pratique clinique ne sont pas hiérarchisées en fonction du niveau d'intervention du professionnel de santé dans le système de soins. Cette adéquation insuffisante limite leur appropriation par les médecins généralistes et leur mise en œuvre dans les situations cliniques face au patient [24]. De même, les décisions de santé publique s'appuient habituellement sur des critères macro-médicaux, faute d'indicateurs de terrain qui pourraient influencer les propositions de manière plus opérationnelle. Ces indicateurs sont connus des médecins généralistes, mais ne sont pas exploitables, faute d'être formalisés et structurés.

Le développement de la recherche en soins de santé primaires est une priorité, soulignée par de Pourville dans son rapport sur la recherche en médecine générale [25]. Le rapprochement des départements de médecine générale avec les équipes de recherche labellisées (unités Inserm, centres d'investigation clinique, etc.) facilitera cette évolution. La collaboration avec les autres spécialités (santé publique, spécialités d'organe, sciences humaines et sociales, etc.) renforcera l'interdisciplinarité. La mise en place de réseaux d'investigateurs ambulatoires, en capacité de recueillir des données de soins de santé primaires, permettra de développer les enquêtes de pratique, les essais d'intervention ou les études ancillaires, qui sont plus contributifs pour la communauté médicale. Les moyens matériels nécessaires pourraient être apportés par des programmes ambulatoires de recherche clinique, à l'identique des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). Enfin, la publication dans les revues indexées doit être soutenue pour assurer la diffusion des résultats de ces travaux en soins de santé primaires.

3.3. Favoriser le travail coopératif des professionnels de santé

L'exercice professionnel reste encore isolé et la pratique médicale très individuelle, malgré la tendance des jeunes médecins à se regrouper. Le travail en équipe est peu répandu en ambulatoire. Le partage de compétences suscite beaucoup d'espoirs mais n'est pas facilement accepté par les médecins comme par les autres professionnels de santé. Les protocoles de coopération que les ARS proposent de mettre en place, sont complexes et peu diffusés. Avec un système cloisonné et une démographie vieillissante, l'inertie au changement est forte. Les expérimentations limitées des nouveaux modes de rémunération ne permettent pas de donner un modèle d'identification innovant aux jeunes médecins.

Plusieurs pays ont testé la coopération médecins-infirmières [26] ou de nouveaux modèles d'exercice : médecine de groupe en Europe [27,28], groupe de médecine de famille au Québec [29], maison médicale centrée sur le patient aux États-Unis [30]. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) regroupant les acteurs locaux des soins de santé primaires, reposant un projet de santé élaboré par eux-mêmes, avec un travail en équipe dans une démarche coopérative, vont faire

Author's personal copy

196

B. Gay/Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

évoluer la situation en France. Leur implantation est inscrite dans le volet soins de premier recours des SROS ambulatoires [31] et recommandée par le rapport Vigneron [32]. Les réseaux de santé doivent évoluer vers des réseaux polyvalents de proximité, proposant au médecin traitant une mission d'appui à la coordination [33]. Cette mutation permettra la mise en place de pôles de santé pluriprofessionnels, associant autour d'une MSP des cabinets satellites dans une dynamique de réseau. L'accès aux nouveaux modes de rémunération sera par ailleurs pérennisé, majoré et simplifié, pour permettre le développement des missions de coordination, de la coopération interprofessionnelle et de l'éducation thérapeutique [34]. Enfin, le partage de compétences, en particulier dans les MSP, sera généralisé à partir des expérimentations en cours. Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS), mises en place dans les ARS, permettront de rendre ces démarches opérationnelles.

3.4. Faciliter l'exercice quotidien des professionnels de terrain

La complexité des protocoles médicaux et les lourdeurs administratives sont fréquemment invoquées par les médecins généralistes comme perturbant leur exercice. Les recommandations sont souvent critiquées pour ne pas être adaptées à la médecine générale. Les tâches administratives demandées sont de plus en plus contraignantes, malgré quelques tentatives de simplification. Il devient difficile de préserver du « temps médecin » face à la multiplication des démarches réglementaires et des procédures bureaucratiques. Le développement de l'informatique pourrait simplifier le travail, mais l'attrait des professionnels, y compris des jeunes, pour les techniques d'information et de communication est limité [35].

Les moyens existent : outils numériques comme les systèmes d'information et de coordination ; télémedecine, inscrite dans le rapport Vigneron [32]. Leur développement et leur appropriation par les professionnels doit faciliter l'exercice quotidien. La mise à disposition de référentiels opérationnels, apparaissant dans le dossier patient sous forme de rappels automatiques (*reminder*) au moment où le médecin en a besoin, pourrait permettre un gain de qualité des soins. La généralisation du dossier médical personnel (DMP) est attendue. L'attractivité et la facilité d'utilisation de ces outils seront renforcées, en particulier par l'interface avec les logiciels médicaux. L'allègement des procédures administratives, en tenant compte des contraintes de l'exercice ambulatoire, offrira aux médecins la possibilité de se centrer sur leur cœur de métier et facilitera la réappropriation de champs d'activité de soins de santé primaires délaissés.

3.5. Diversifier les modes de rémunération

La France est une des rares pays européens à maintenir le paiement à l'acte quasi exclusif pour les médecins exerçant en ambulatoire, avec remboursement par l'assurance maladie. Ce système a montré ses limites : il ne prend pas en compte l'activité du médecin en dehors de la consultation, ne favorise

pas une prise en charge globale du patient et présente un risque inflationniste. Un changement radical vers la capitation ou le salariat est difficilement envisageable pour des raisons historiques, mais une évolution est possible. Si 59 % des médecins généralistes se disent satisfaits du mode de rémunération à l'acte de leur activité libérale, 61 % sont favorables à l'introduction de nouveaux modes de rémunération [36].

La tendance actuelle va dans le sens d'une diversification : à côté du paiement à l'acte, sont apparus successivement les indemnités de participation à la permanence des soins, la rémunération forfaitaire des médecins traitants, puis le Paiement à la performance. Le forfait versé annuellement au médecin traitant pour chaque patient en Affection de longue durée sera élargi le 1^{er} juillet 2013 à tous les patients âgés de plus de 16 ans. Le paiement à la performance est une option conventionnelle qui a pris la suite du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi). Il permet un complément de rémunération sur la base du respect d'objectifs de santé publique ou de maîtrise des dépenses de santé, calculée en fonction du degré d'atteinte des objectifs. Quatre types d'indicateurs de bonnes pratiques ont été définis collectivement pour tous les médecins :

- indicateurs cliniques pour le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle (HTA) ;
- indicateurs de prévention et de santé publique ;
- indicateurs d'organisation du cabinet ;
- indicateurs d'efficience.

La part forfaitaire doit encore augmenter dans la rémunération globale du médecin, à côté des honoraires perçus à l'acte. Il faut aller plus loin et redéfinir le contrat social entre les acteurs de soins ambulatoires et les autorités de santé, de façon à faire évoluer l'exercice professionnel. La diversification des modes de rémunération doit être intensifiée en particulier pour les activités de prévention et le suivi des maladies chroniques. Les modalités d'installation, la permanence des soins, la garantie d'accès aux soins doivent aussi faire l'objet d'une contractualisation.

3.6. Proposer un mode d'emploi des soins de santé primaires aux patients

La France présente un paradoxe entre des difficultés d'accès aux soins et un certain gâchis des ressources. Plusieurs études montrent que des patients retardent le recours médical ou y renoncent pour des raisons financières [37,38], alors que d'autres ont une surconsommation médicale, en particulier médicamenteuse [39]. Cette ambivalence entre perte de chance et surmédicalisation est à l'origine d'une grande variabilité de la demande de soins de la population. Certains patients consultent très tôt, à un stade non différenciée de la maladie, qui pourrait être accessible à l'automédication. D'autres s'adressent aux services d'urgences hospitalières pour des pathologies qui pourraient être prises en charge en ambulatoire à moindre coût. D'autres encore diffèrent le recours aux soins, au risque

Author's personal copy

B. Gay/Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

197

d'une aggravation favorisant les soins tertiaires. Ces exemples illustrent le dysfonctionnement du système, lié à l'absence de hiérarchisation du recours aux soins, entretenu par les médias qui valorisent les soins tertiaires. Les patients ont une image magique 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 leur permet 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 sera améliorée en particulier en favorisant le tiers payant. L'identification plus claire du parcours de soin du patient, à travers le programme personnalisé de soin [40], 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.

4. Modalités de réalisation

Ces propositions ont fait l'objet de nombreuses réflexions mais c'est leur conjonction qui va donner la cohérence et l'efficacité à cette stratégie. La mise en œuvre simultanée de ces six propositions peut modifier efficacement le système de santé français, dans un projet global d'organisation des soins, hiérarchisé à partir des soins de santé primaires ambulatoires et centré sur les usagers. Cette mutation permettra de répondre plus efficacement aux besoins de santé de la population et d'attirer les jeunes médecins vers la médecine générale. La méconnaissance actuelle du rôle des soins de santé primaires par les responsables politiques est sans doute un élément prégnant. Le même constat est fait en Belgique [41], faute de considérer la contribution effective et positive des soins de santé primaires aux gains de santé. Les solutions proposées jusqu'alors sont sectorielles ou ponctuelles et n'ont pas les effets escomptés. Par exemple, les plans de santé publique [42] ne s'appuient pas sur une évolution structurelle du système de santé et font une part réduite aux soins de santé primaires. Si le médecin généraliste est le premier acteur de santé publique, l'axe stratégique doit reposer sur une gradation des soins qui commence par les soins de premier recours. Un véritable plan d'action pour les soins de santé primaires ambulatoires doit être mis en œuvre. Dans cette perspective, la communauté des médecins généralistes et sa composante enseignante, doivent assumer pleinement la place revendiquée. L'engagement de la

profession à remplir son rôle dans la formation des futurs médecins, la production des savoirs, l'organisation du système de santé, l'accès aux soins sur les territoires, la permanence des soins, est essentiel pour assurer la réussite du dispositif.

Le manque de moyens peut freiner ce changement mais dans un système dont les ressources sont contraintes, il faut dépasser les clivages et faire mieux avec l'existant. Une modification de la répartition des enveloppes hospitalière et ambulatoire doit permettre de mobiliser le financement initial pour les soins de santé primaires : les économies réalisées au niveau des soins secondaires ou tertiaires dans la gestion des pathologies courantes, assureront un retour sur investissement.

5. Conclusion

La nécessité de recentrer le système de santé vers les soins de santé primaires est argumentée par les données de la littérature. Les déclarations se multiplient pour faire du médecin généraliste le pivot du système de soins. Les évolutions structurelles indispensables à la concrétisation de cette résurgence des soins de santé primaires ambulatoires doivent être mises en œuvre :

- formation et recherche médicales réorientées vers les soins de santé primaires ;
- nouveaux modes d'exercice coopératifs répondant aux aspirations des professionnels de terrain ;
- technologies d'information et de communication aidant réellement les acteurs de santé ;
- diversification des modes de rémunération ;
- association des patients à l'évolution du système de santé.

Une véritable stratégie de développement des soins de santé primaires ambulatoires permettra un changement du système de santé en France. Dans un contexte économique contraint, une redistribution des ressources vers les soins ambulatoires peut donner les moyens de cette mutation. La nécessaire évolution du système de santé passe par le renforcement des soins de santé primaires et par la reconnaissance du rôle sociétal de la médecine générale.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Chabot JM. Vers les soins primaires : une mutation en cours. *Rev Prat* 2011;61:395–6.
- [2] Haute Autorité de santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations*. Paris: HAS; 2011.
- [3] Bernier M, Paul C. Rapport d'information de la Mission parlementaire sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. 2008. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>.
- [4] WHO–UNICEF. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Disponible en ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

Author's personal copy

198

B. Gay/Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 193–198

- [5] National Research Council. Defining Primary Care: An Interim Report. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press; 1994.
- [6] Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. *J Fam Pract* 1996;42(2):113–6.
- [7] Lee TH. The future of primary care. The need of reinvention. *N Engl J Med* 2008;359(20):2085–6.
- [8] Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009;374:170–3.
- [9] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. WONCA Europe 2011. Disponible en ligne : <http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm>.
- [10] OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Disponible en ligne : http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf.
- [11] Article L. 1411-11 du Code de la santé publique. Modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009-art.36.
- [12] Article L. 4130-1 du Code de la santé publique. Modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009-art.36.
- [13] Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344(26):2021–5.
- [14] Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. *Rev Med Gen* 2008;252:154–6.
- [15] Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries. *Health Serv Res* 2003;38(3):831–65.
- [16] Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008;372:1365–7.
- [17] Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff* 2010;29(5):766–72.
- [18] Denantes M, Chevillard M, Renard JF, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer* 2009;85:22–6.
- [19] Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris: HCSP; 2009, 99 p.
- [20] Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES, coll. Santé en action; 2010, 380 p.
- [21] Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, le groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Irdes: Questions d'économie de la santé*; 2012. p. 179.
- [22] Rapport du Docteur Elisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité. Disponible en ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000622/0000.pdf>.
- [23] Arrêté du 23 novembre 2006 concernant le stage de 2^e cycle en médecine générale, pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *Journal officiel* n° 273 du 25 novembre 2006.
- [24] Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323:1–5.
- [25] de Pouvoirville G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport à Monsieur le ministre de la Santé et à Monsieur le ministre Délégué à la Recherche, 2006.
- [26] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. *DREES 2006: série Études*, 57.
- [27] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? *Irdes: Questions d'économie de la santé*; 2007. p. 127.
- [28] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Irdes: Questions d'économie de la santé*; 2009. p. 141.
- [29] Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Prat Org Soins* 2011;42(2):101–9.
- [30] Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Prat Org Soins* 2011;42(1):27–34.
- [31] Agence régionale de santé d'aquitaine. Projet régional de santé. SROS volet ambulatoire. Disponible en ligne : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Le-Projet-regional-de-sante-d-130999.0.html>.
- [32] Vigneron E. Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2011, 194 p.
- [33] Ministère Chargé de la Santé. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique. Direction générale de l'Offre de Soins, 2012.
- [34] Agence régionale de santé. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Offre de soins. ARS, 2012. Disponible en ligne : <http://www.ars.sante.fr/Modes-de-remuneration.101645.0.html>.
- [35] Karsenti T, Charlin B. Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et la pratique de la médecine. *Pedagog Med* 2010;11(2):127–41.
- [36] Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? *Rev Fr Affaires Soc* 2011;2–3:123–55.
- [37] Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *IRDES Question d'économie de la santé* 2001:170.
- [38] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Renoncement aux soins. Collection Études et Statistiques. Paris: DREES, 2011. Disponible en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf.
- [39] Lemorton C. Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Assemblée nationale 2008.
- [40] Haute Autorité de santé. Programme personnalisé de Soins (PPS). Les Parcours de soins. Paris: HAS; 2012.
- [41] Heymans J. Pourquoi des soins de santé primaires ? *Sante Conjuguee* 2006;37:25–30 [Disponible en ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Pourquoi-des-soins-de-sante.html>].
- [42] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Livre des Plans de Santé Publique. Prévention et sécurité sanitaire, 3^e édition. 2011. Disponible en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf.