

# 20 recommandations pour renforcer l'accès aux soins et améliorer la santé de toute la population

## Pour éviter les solutions simples, faciles... mais fausses !

**Le problème est connu, trouver un médecin traitant est compliqué.**

La solution la plus commune revient à obliger les médecins à s'installer là où les élus locaux l'estiment nécessaire. C'est l'exemple d'une fausse solution : le problème n'est pas la répartition, mais le **nombre de médecins disponibles qui est trop faible, hélas !**

Répartir la pénurie conduit à déplacer le problème, et dissuade surtout les médecins d'exercer le rôle de médecin traitant. Dans les pages qui suivent, **MG France vous propose de vraies solutions.**

**Moins simplistes, sûrement plus efficaces.**

**PARLONS-EN PENDANT CETTE  
CAMPAGNE ÉLECTORALE !**



# Pour en savoir plus

## UN MÉDECIN TRAITANT POUR CHAQUE FRANÇAIS

**1- Une priorité : soutenir les médecins généralistes dont l'exercice est mis en difficultés par le départ de leurs collègues plutôt qu'imposer d'inefficaces contraintes aux jeunes médecins.**

*Consolider les ressources existantes est en effet fondamental. Les jeunes médecins ne s'installent pas dans un lieu sans ressources et sans équipements. En renforçant les médecins en exercice, l'installation retrouve de l'attractivité dans ces territoires. Dans le cas contraire, on peut craindre que ces médecins ne quittent le territoire par un effet-domino lourd de conséquences.*

**2- Salarier les médecins n'est jamais l'unique solution : des salariés pour le médecin plutôt que des médecins salariés !**

*Les centres de santé territoriaux ou privés ne sont pas la seule solution aux déserts médicaux. Consolider l'offre de soins locale c'est donner aux médecins libéraux un environnement attractif avec des collaborateurs (assistants, secrétaires, infirmières) pour améliorer la qualité de vie au travail du médecin traitant. Un exercice professionnel libéral mieux soutenu permet de gagner du temps médical disponible.*

**3- Supprimer le ticket modérateur en soins primaires faciliterait l'accès aux soins de tous ceux qui en ont besoin.**

*Trop de patients aux faibles revenus renoncent à des soins en raison d'un reste à charge trop élevé. La qualité d'un système de santé se mesure à l'accessibilité financière de tous aux soins de premier recours (OMS). Un médecin traitant pour chaque Français, c'est aussi l'absence de freins financiers pour consulter. Les médecins généralistes luttent contre les inégalités sociales de santé.*

**4- Soins non programmés : encourager et privilégier les organisations développées par les médecins du territoire, qui préfigurent les CPTS, et mieux rémunérer ceux qui participent.**

*Alors que peine à se mettre en place le Service d'Accès aux Soins (SAS), s'appuyer sur les initiatives locales des médecins généralistes et des autres professionnels de santé est la réponse la plus pertinente aux demandes de soins de la population.*

*Les médecins généralistes doivent rester les pilotes de ces dispositifs qui les concernent en premier lieu. Il est impératif d'aménager leurs horaires le soir et le samedi en les inscrivant dans le cadre de la permanence des soins pour les adapter à l'évolution de la société.*

## 5- Inciter les médecins généralistes à être médecins traitants d'un nombre croissant de patients grâce à une rémunération plus attractive.

Dès lors que leurs conditions d'exercice le permettent, il faut modifier les raisons d'agir des médecins en valorisant mieux l'accueil de nouveaux patients en recherche d'un médecin traitant. La convention médicale 2023 devra répondre à l'attente de la population qui porte cette demande légitime.



### Florence Lapica,

Médecin généraliste installée depuis 18 ans dans un quartier populaire de Lyon

proposition  
n°1

**Une priorité : soutenir les médecins généralistes dont l'exercice est mis en difficultés par le départ de leurs collègues plutôt qu'imposer d'inefficaces contraintes aux jeunes médecins.**

8h30, après une demi-heure de tâches administratives, les consultations débutent, je suis accompagnée d'un étudiant en 5<sup>e</sup> année. Nous passons du suivi d'un nourrisson avec des parents inquiets à un patient de 67 ans apportant un résultat de scanner laissant suspecter un cancer ... Puis arrive un patient en arrêt de travail pour lombalgies, avec de grosses difficultés sociales. Après 12 consultations, nous partons en fin de matinée pour une visite auprès d'une dame âgée de moins en moins autonome ; elle a arrêté un médicament inconfortable pour elle ; je réévalue et modifie son traitement.

Après une courte pause déjeuner, de retour au cabinet nous rappelons une infirmière qui souhaite un rendez-vous pour une patiente présentant des œdèmes des jambes, je programme une visite le soir même. Nous récupérons l'ensemble des résultats de biologie de mes patients sur le serveur internet et appelons deux patients pour équilibrer traitement antibiotique et potassium. L'après-midi s'articulera entre le traitement de demandes multiples et six rendez-vous de soins non programmés, demandés le jour même : pédiatrie et syndromes douloureux ne pouvant attendre.

Il est 20h00, je suis chez la personne âgée aux jambes gonflées. Nous arrivons au terme de journées toujours très variées et très riches humainement et médicalement. **Je pense avoir fait le maximum...mais à quel rythme !**

## Pour en savoir plus ...

### A. Sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes

45 à 50 % des médecins généralistes ont témoigné d'un épuisement professionnel dans les nombreuses études conduites depuis 20 ans<sup>1 2 3 4</sup>.

Une récente étude menée par des chercheurs et médecins du CHU de Clermont-Ferrand publiée dans la revue *International Journal of Environmental Research and Public Health*<sup>5</sup> montre que la situation ne s'est pas améliorée. Près de 45% des médecins généralistes libéraux (1926 médecins généralistes inclus parmi les 2602 questionnaires récupérés) étaient en burn-out et près de 5% en burn-out sévère.

Les facteurs de risque identifiés sont : le sexe masculin, un âge de 50 ans et plus, un nombre de rendez-vous quotidiens supérieurs à 28, une durée de travail hebdomadaire supérieure à 50 heures (cf. ci-après). Ces facteurs de risque sont particulièrement présents dans la profession.

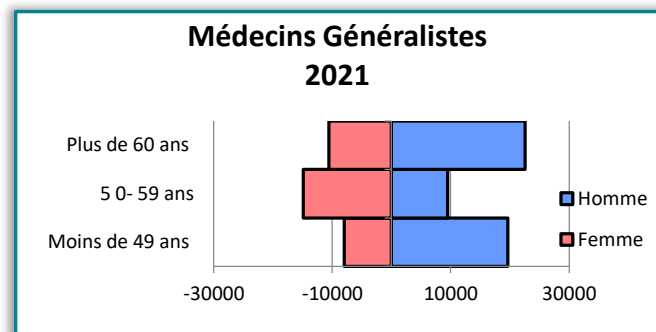
A l'inverse, les facteurs de protection sont : la formation de stagiaires, les visites à domicile et l'exercice regroupé avec un soutien administratif

#### Quelques chiffres

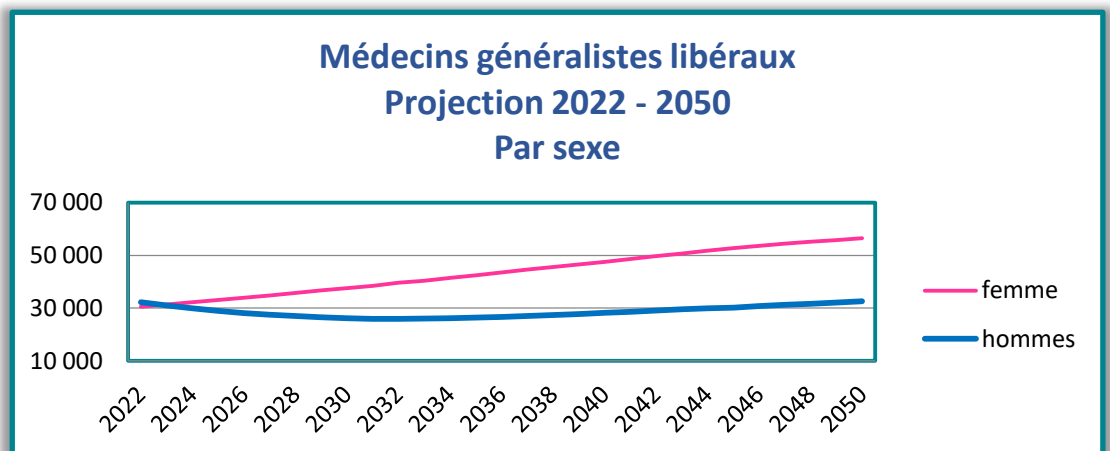
Champ : France entière / Source : ASIP-Sante RPPS - traitements Drees - données au 1er janvier 2021

En 2021, les hommes médecins généralistes libéraux exclusifs sont plus nombreux que les femmes et sont plus âgés.

**Les hommes âgés de 50 ans et plus sont près de deux fois plus nombreux que les femmes du même âge.**  
(33 136 vs 10564).



Selon les projections de la DREES, cette tendance s'inverse dès 2023\* pour s'accroître au cours des années suivantes.



#### Références

1. Vaquin-Villeminy C, Wong O. **Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle**, Université René Descartes, 2007 \_ [Lien](#)
2. TRUCHOT, D. **Epuisement Professionnel Et Burnout-Concepts. Modèles, Interventions**, Dunod, Collection: Psycho Sup, 2004.
3. Galam E. Mouries R. **L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives**. Paris, 2007 \_ [Lien](#)
4. Ziad Kansoun. **Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017)**. Dumas-01876310. Faculté de Médecine Aix-Marseille. 2017. \_ [Lien](#)
5. **Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study**. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov; 18(22): 12044 \_ [Lien](#)

\* Quelque soit le scénario retenu (scénario tendanciel se basant sur 8 700 étudiants par an ou le scénario haut se basant sur 10 400 étudiants par an)

## Pour en savoir plus ...

### B. Sur les déterminants à l'installation

La Commission jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui regroupe des élus du Conseil national, les représentants des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des jeunes diplômés, a interrogé en 2019<sup>1</sup> des internes, remplaçants et médecins installés afin d'objectiver les déterminants à l'installation selon ces trois cohortes.

Profil des répondants : 60% de femmes, 90% issus de spécialités médicales (60% de médecine générale), 50% de moins de 40 ans.

Le premier enseignement est que 75% des internes envisagent une activité libérale et/ou mixte : 27% en exercice mixte, 24% en libéral en groupe et 21% en libéral en MSP. Si 19% déclarent vouloir choisir le salariat, 62% des nouveaux inscrits s'inscrivent en tant que salariés.

L'enquête a révélé que l'installation, ou le choix de l'installation en libéral, était étroitement liée à l'accompagnement humain (confrère ou consœur pour 68% des internes et remplaçants), à la présence de services publics (entre 50 et 60%), la proximité de la famille (particulièrement pour les internes 61%).

La présence sur le territoire d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital apparaît comme un facteur clé pour les jeunes et futurs installés : remplaçants « tout à fait ou plutôt d'accord » à 87% ; internes 81%, 59% pour les installés avec toutefois une importance plus marquée pour les moins de 35 ans. Les médecins interrogés mettent en avant

l'importance de la présence d'un réseau de professionnels déjà existant sur lequel s'appuyer en cas de besoin, et l'appréhension de l'idée d'être seul responsable de la santé du territoire.

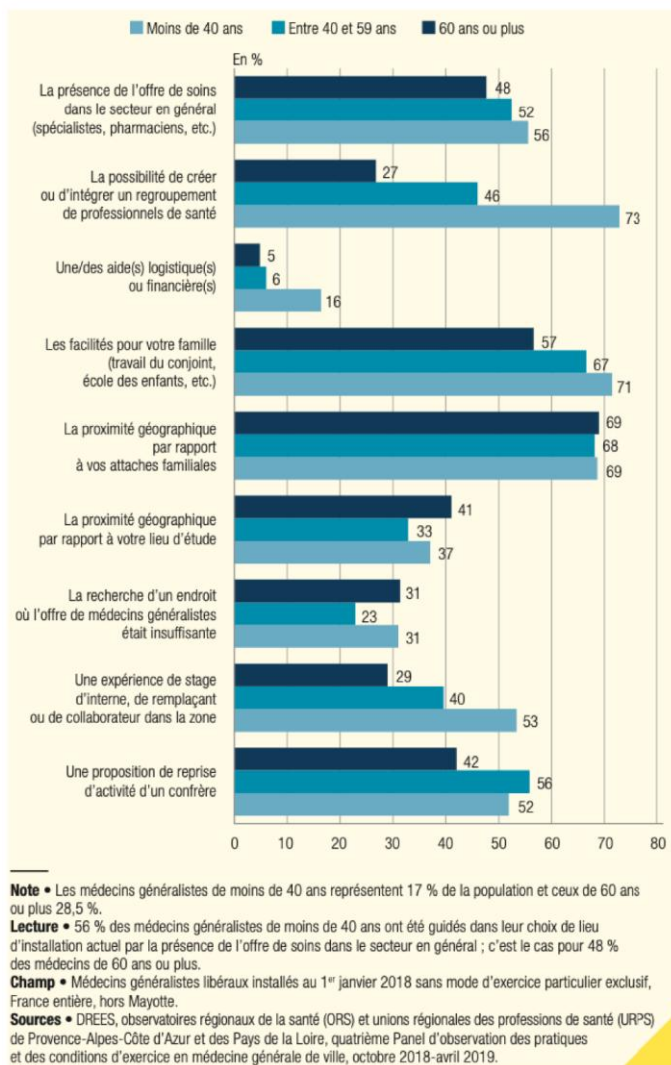
L'exercice collectif et/ou coordonné (en MSP ou non, libéral et/ou salarié) est plébiscité par 72% des internes et largement acquis chez les médecins installés (70%).

L'enquête montre également un impact modéré des incitations financières : peu ou partiellement déterminantes pour les internes et les remplaçants (48% et 47%), sans influence pour les installés (69%), mêmes chez les plus jeunes.

Ces enseignements concordent avec la revue de littérature internationale, réalisée par la DREES<sup>2</sup> et publiée en décembre 2021, sur les politiques mises en place pour redynamiser les déserts médicaux.

Ce qui détermine l'installation d'un médecin c'est l'environnement professionnel dans lequel il exerce.

**Graphique 3 • Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin**



Commission jeunes médecins du CNOM. 2019 \_ [Lien](#)

2. Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela. **Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale.** Les dossiers de la DREES N° 89. Décembre 2021 \_ [Lien](#)

### Références

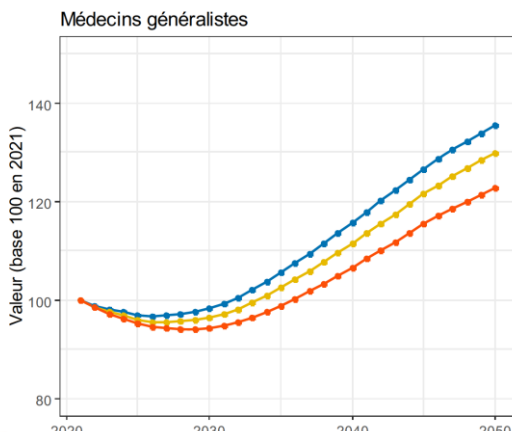
1. **Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires.**

## Pour en savoir plus ...

### C. Une équipe de collaborateurs pour retrouver du temps disponible

Comme le souligne l'IGAS dans son récent rapport sur les « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé »<sup>1</sup> même si l'ouverture du numérus clausus permet une augmentation du nombre de médecins généralistes à partir de 2027, le retour aux chiffres actuels en terme de densité standardisée (mise en relation de l'évolution de l'offre et de la demande de soins) sera plus long pour la médecine générale que pour les autres médecins: il n'interviendra qu'en 2036 après une diminution de 6 % entre 2021 et 2028 selon les projections de la DREES<sup>2</sup>.

La diminution des effectifs de médecins généralistes se cumule à l'augmentation et au vieillissement de la population qui a pour conséquence une nette augmentation de la demande de soins, les personnes les plus âgées ayant une demande de soins en médecine générale beaucoup plus importante que le reste de la population.



**Champ** > Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, France entière.

**Sources** > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

### Plus de 4 heures hebdomadaires pour les tâches non soignantes

Les médecins généralistes déclarent travailler entre 52 et 54 heures par semaine selon les données d'enquêtes réalisées par certaines URML et l'ORS PACA<sup>3,4</sup>. Dans l'enquête menée par l'ORS Pays de la Loire en 2011<sup>5</sup>, la moyenne était de 57 heures, 78% des médecins interrogés travaillant plus de 50 heures. Cette charge de travail est un évident facteur d'épuisement professionnel.

Les médecins généralistes évaluent leur temps dédié aux tâches non soignantes à 4,5 heures en moyenne, 30 % lui consacrent de 5 à 10 heures, 15 % moins de 2 heures, le contenu des tâches administratives pouvant être différent selon les cas (gestion du cabinet et comptabilité, commandes de matériels, documents administratifs et certificats, etc.)<sup>3</sup>.

Selon les calculs de Philippe Le Fur et de Yann Bourgueil en 2009, le temps passé à la prise de rendez-vous est cinq fois supérieur pour les médecins qui ne disposent pas de secrétariat. Dans cette étude, plus de quatre généralistes sur dix ne disposant pas de secrétariat assument la totalité des tâches dévolues aux secrétaires, notamment la prise rendez-vous<sup>3</sup>.

### Les assistants médicaux

La présence d'un assistant médical auprès du médecin généraliste lui permet de réduire le temps passé sur des tâches non soignantes qui peut être réinvesti en tâches médicales améliorant la qualité de prise en charge et l'accès aux soins des patients tout en améliorant sa qualité de travail et de vie par une moindre « charge mentale » comme en témoignent les médecins interrogés dans le cadre de l'étude quantitative réalisée par BVA pour l'Assurance Maladie au printemps 2021<sup>6</sup>.

*« Depuis j'ai une meilleure qualité de travail, je peux passer plus de temps avec mes patients, je n'ai plus à répondre au téléphone, elle scanne les résultats des bilans, fait de la facturation, les AT, les protocoles et cela me dégage du temps médical pour les patients. Avant c'était compliqué, j'arrivais à voir les patients mais je rentrais très tard chez moi et c'est donc une meilleure qualité de vie pour moi ! » (Signataire)*

*« Ça fait 1 an et c'est un bilan qui est positif. Je lui disais dernièrement qu'elle était devenue quasiment indispensable et que je ne me revoyais pas revenir en arrière. C'est essentiellement un gain de temps administratif, qui n'est pas un temps plaisant. Si on doit choisir, autant répondre à des problématiques médicales et pas à de l'administratif. C'est des choses qui peuvent être déléguées tout en étant supervisées, donc ça me semble très bien de faire comme ça, c'est du gagnant-gagnant. » (Signataire)*

## Les infirmier(e)s<sup>†</sup> Asalée

L'IRDES a conduit de nombreuses études d'évaluation sur les médecins entrés dans le dispositif entre 2010 et 2016.

### Effets positifs sur l'activité des médecins : amélioration de l'accès aux soins

L'enquête de Loussouarn et al.<sup>7</sup>, publiée en 2019, a montré un impact positif de l'entrée dans le dispositif Asalée sur l'activité des médecins entre 2010 et 2016: augmentation du nombre de patients en file active (– 30 patients pour les MG témoins ; + 23 pour les MG Asalée), des patients inscrits auprès d'un médecin traitant (les MG Asalée voient 30,57 patients de plus que les témoins, sachant que la tendance moyenne est une diminution de 9,90 patients) et du nombre de consultations pour ces 2 catégories.

En termes de file active, l'effet positif de l'entrée dans Asalée du médecin est estimé en différence de différence<sup>‡</sup> à +58,49 patients, sachant que la tendance globale est à la baisse (– 19,86 patients rencontrés en file active).

L'impact était a contrario quasi nul sur le nombre de jours travaillés par trimestre et sur les visites à domicile.

### Effets positifs sur le suivi des patients diabétiques : qualité des soins

Une étude<sup>8</sup> récente vient de montrer également un effet positif sur la qualité du suivi des patients diabétiques, très net notamment sur la réalisation trois fois par an de l'HbA1c. Ces effets sont d'autant plus importants que la coopération se développe à un rythme soutenu.

## Les Infirmier(e)s en pratique avancée (IPA)

Les premières promotions d'IPA sont entrées en formation en 2018 ; les premiers diplômés se sont déployés sur le terrain à partir du mois de septembre 2019 (63 IPA ont été diplômés en 2019 et leur nombre est en augmentation avec un minimum de 1695 diplômés attendus en 2022<sup>§</sup>). Nous ne disposons pas encore d'études évaluant cette pratique en France.

Une étude de l'OCDE en 2010<sup>9</sup>, a analysé le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni) qui emploient des IPA depuis de longues années (au milieu de la décennie 1960 pour les Etats-Unis et le Canada), en se concentrant notamment sur leur rôle dans les soins primaires et leur impact sur les soins des patients et les coûts. Plus de 60 pays bénéficient aujourd'hui de pratiques avancées infirmières<sup>8</sup>.

Les infirmiers en pratique avancée ne représentent qu'une faible proportion de la profession d'infirmier, même dans les pays précurseurs (3% au plus aux Etats-Unis). Dans la plupart des pays où cette profession existe, elles sont en charge d'une gamme d'activités pouvant être exercées par des médecins : diagnostics, dépistages, mais aussi prescriptions de médicaments ou de tests médicaux, activités dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé, suivi de patients atteints de maladies chroniques, et coordination des soins (seuls ou avec des médecins).

Les études d'impact des infirmiers en pratique avancée en soins primaires montrent en général une amélioration de l'accès aux soins par la réduction des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, une qualité de la prise en charge équivalente à celle des médecins pour le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques ou pour le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure sous couvert d'une formation adaptée.

Mais aussi des gains d'efficacité si l'organisation mise en place permet aux médecins de se focaliser sur des problèmes de santé plus complexes et d'un plus grand niveau d'incertitude concernant le diagnostic et le traitement. Le taux de satisfaction des patients est élevé, parfois supérieur à celui obtenu par les médecins, notamment parce que les IPA passent plus de temps avec eux, leur fournissent plus d'informations et de conseils.



### Alain Aumarechal

Médecin généraliste à Vendôme, Loir-et-Cher, en zone sous-dense

proposition  
n°2

#### Salarier les médecins n'est pas l'unique solution : des salariés pour le médecin plutôt que des médecins salariés !

Une patiente contacte le secrétariat médical de notre maison de santé pour prendre rendez-vous ; son médecin traitant étant parti à la retraite. Un premier rendez-vous est pris avec l'assistante médicale qui reçoit la patiente pour constituer son dossier médical et faire le point sur son suivi médical, avec synthèse dans son dossier médical.

Le médecin généraliste reçoit ensuite la patiente, elle présente un diabète de type 2 ; il l'oriente alors vers l'infirmière déléguée en santé publique (IDSP) Asalée.

Celle-ci recevra la patiente à plusieurs reprises pour parler du diabète et réaliser les examens.

Par la suite, le médecin généraliste recevra la patiente en consultation pour renouveler l'ordonnance ; elle pourra être suivie au niveau de son diabète par l'infirmière en pratique avancée (IPA) de la maison de santé. Une consultation de bilan annuel du diabète est réalisée par le médecin généraliste.

#### Ce travail collaboratif en équipe autour du médecin traitant, permet d'accepter de nouveaux patients sans augmenter ma charge de travail.

En cas de complexité d'une situation, je peux aussi déléguer certaines tâches chronophages, tout en assurant la coordination.

<sup>†</sup> Nous adopterons par la suite le féminin pour la profession dans la mesure où la proportion de femmes y est très majoritaire

<sup>‡</sup> L'estimateur de différences de différences consiste à mesurer la différence de résultats avant et après la mesure et à effectuer la différence de ces deux évolutions.

<sup>§</sup> La majorité d'entre eux se destinent à un exercice en établissement de santé

## Références

1. Dr N. Bohic, A. Josselin, A-C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, avec la contribution de C. d'Autume. **Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé**. IGAS. 2021-051R Novembre 2021.
2. Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput. **Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?** Les dossiers de la DREES n° 76. mars 2021. \_ [Lien](#)
3. Philippe Le Fur, en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases. **Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles**. Questions d'économie de la santé. N°144. Juillet 2009 \_ [Lien](#)
4. Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes- Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), 2019, **Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine**, Études et Résultats, n°1113, DREES, mai 2019 \_ [Lien](#)
5. Steve JAKOUBOVITCH (DREES) Marie-Christine BOURNOT, Elodie CERCIER, François TUFFREAU (Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire. **Les emplois du temps des médecins généralistes**. Études et résultats. N° 797. Mars 2012 \_ [Lien](#)
6. **Le dispositif d'aide à l'embauche des assistants médicaux**. Etude réalisée par BVA pour l'Assurance Maladie. Mars 2021
7. Christophe Loussouarn, Carine Franc, Yann Videau, Julien Mousquès. **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins**. Revue d'économie politique 2019/4 (Vol. 129), pages 489 à 524 \_ [Lien](#)
8. Julie Gilles de La Londe (Université de Paris, Département de médecine générale), Anissa Afrite et Julien Mousquès (Irdes). **La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée**. Question d'économie de la santé. N° 264. Décembre 2021 \_ [Lien](#)
9. Delamaire, M.; Lafortune, G. **Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés** [Rapport] In Documents de travail de l'OCDE sur la santé. n°54. 2010 \_ [Lien](#)

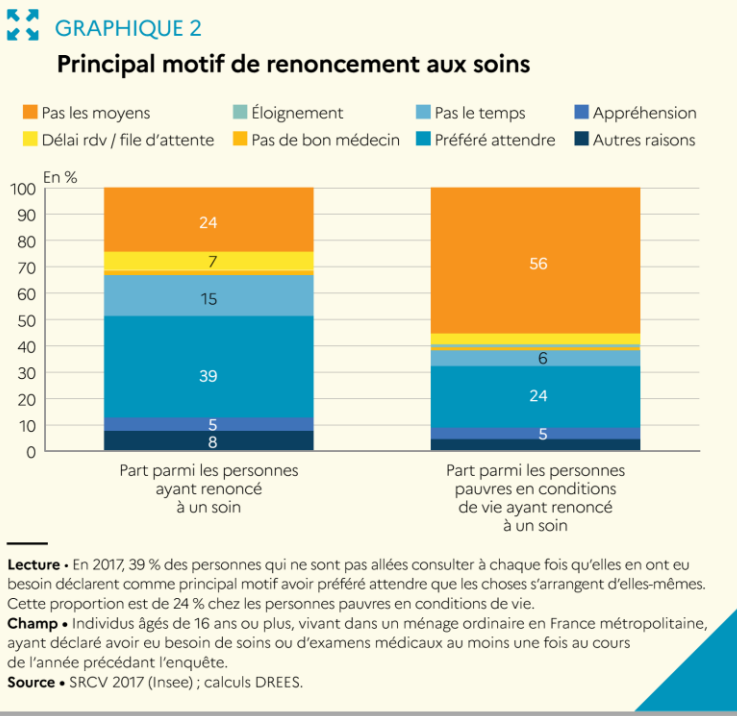


Pour en savoir plus ...

D. Sur le renoncement aux soins pour motifs financiers et l'intérêt de la suppression du ticket modérateur

Le renoncement aux soins pour raisons financières est mesuré dans l'enquête SRCV (Statistics on Income and Living Conditions – Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie) réalisée par l'INSEE, via la notion de « besoins de soins non satisfaits ». L'enquête nous apprend combien de personnes âgées de 16 ans ou plus déclarent avoir renoncé à des examens et soins médicaux ou à des soins dentaires, alors qu'elles en éprouvaient le besoin ; elle en précise les raisons \*\*.

En 2017<sup>2</sup>, 84% des Français déclarent avoir recouru à des soins ; 3,8 % n'ont pas vu de médecin autant de fois qu'ils en auraient eu besoin. Cela représente 3,1 % de la population totale soit 1,6 million de personnes.

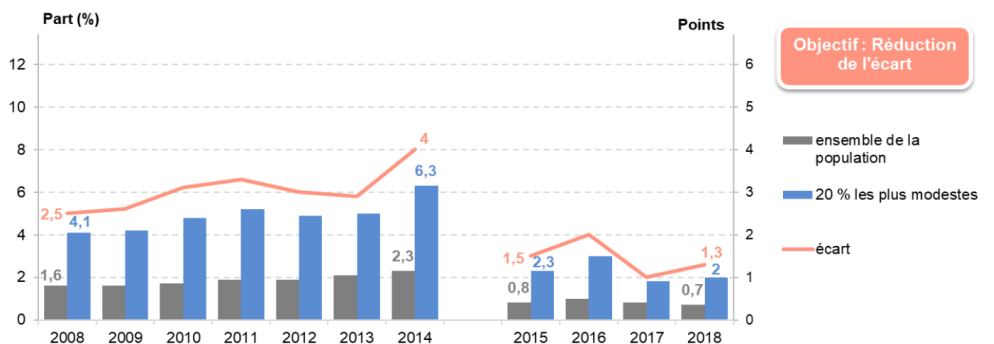


Bien que plusieurs facteurs interviennent dans le renoncement aux soins (raisons financières, accès à un médecin traitant, manque de temps, etc.), cette question demeure un marqueur social<sup>1,2,3</sup>.

Si les chiffres changent d'une étude à l'autre, le constat reste identique : les patients les plus modestes renoncent plus souvent aux soins que l'ensemble de la population.

Graphique 1 • Ecart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population des besoins non satisfaits pour raisons financières : examen ou traitement médical

Entre 2008 et 2014, les personnes aux revenus les plus modestes étaient plus nombreuses à déclarer avoir renoncé aux soins pour des raisons financières par rapport au reste de la population (+ 3 points).



Source : SILC- SRCV 2008 – 2018.  
 Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.  
 Note de lecture : en 2018, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à un examen ou traitement médical alors qu'elles en avaient besoin, s'élève à 2,0 % chez les 20 % les plus modestes, soit 1,3 point de plus que dans l'ensemble de la population.  
 Note : La question sur le renoncement dans l'enquête SRCV a connu une rupture de série en 2015 : voir précisions méthodologiques ci-dessous.

\*\* Depuis 2015, l'enquête SRCV mesure le renoncement aux soins en trois temps : une question porte sur les besoins de soins au cours de l'année écoulée ; une autre si ces besoins ont été satisfaits ; et si non une troisième question interroge sur la raison principale les ayant conduits à renoncer à des soins.

La CMU-C, mise en place au début des années 2000 pour prendre en charge le ticket modérateur, améliore le recours aux soins des personnes disposant de faibles ressources sans couverture complémentaire. L'évaluation réalisée par la DREES en 2015<sup>5</sup> conclut que le renoncement aux soins a été divisé par deux pour les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux personnes sans assurance complémentaire présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et de besoins de soins.

Cette évaluation montre également, comme celle de Guthmuller et Wittwer en 2012<sup>6</sup>, que le seul poste où la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C était plus importante que chez les autres assurés disposant d'une complémentaire santé était les dépenses de généralistes, porte d'entrée dans le parcours de santé et à la prévention. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C ayant vu un généraliste dans l'année étaient, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 43 % que celles des personnes sans couverture complémentaire qui en ont vu un dans l'année.

## Entretien publié par Challenges le 20 décembre 2021

### Pourquoi les médecins généralistes sont tentés de prescrire la "Grande Sécu"

Par [Laurent Fargues](#) le [20.12.2021 à 10h00](#) Lecture 3 min. Abonnés

INTERVIEW - Le patron du premier syndicat de médecins généralistes de France, Jacques Battistoni, revient sur le débat autour de l'instauration d'une assurance maladie universelle qui mettrait fin aux mutuelles. "Instaurer une "Grande Sécu" permettrait de revenir à ce beau principe où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins", défend-il.

Alors que le sujet de la santé peine à émerger dans la campagne présidentielle, Jacques Battistoni, président du syndicat MG France, prône un remboursement à 100% du premier niveau de soins et pointe le gâchis des milliards de frais de gestion des assurances complémentaires. A ses yeux, la création d'une "Grande Sécu" n'aboutirait pas une "étatisation" du système de santé tricolore.

**Challenges - Le ministère de la Santé a lancé il y a quelques semaines [un débat sur l'instauration d'une "Grande Sécu" qui rembourserait les soins à 100% et mettrait fin aux mutuelles, qu'en pensez-vous?](#)**

**Jacques Battistoni** - Le débat sur la "Grande Sécu" pose de bonnes questions. Le système français de double financement des soins par l'Assurance maladie et les mutuelles comporte de nombreux effets pervers. Le plus grave est qu'il ne favorise pas l'accès aux soins pour les personnes les plus pauvres qui n'ont pas les moyens d'avoir une mutuelle. Il y a encore trop de personnes en France qui renoncent à se soigner pour des raisons financières. Sans mutuelle, un patient doit en effet payer de sa poche 30% d'une consultation médicale et 35% des médicaments prescrits. Et [les tarifs des mutuelles](#) sont souvent plus élevés pour les personnes âgées ou fragiles qui ont justement le plus besoin de soins. Instaurer une "Grande Sécu" permettrait de revenir à ce beau principe où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

**Vous défendez donc le remboursement des soins à 100% par l'Assurance maladie...**

Chez MG France, nous prônons depuis plusieurs années le remboursement à 100% des "soins primaires", c'est-à-dire le premier niveau de soins: médecins généralistes, médicaments prescrits, infirmiers, etc. Toutes les études montrent que la gratuité de [ces soins de "premier recours"](#) favorisent la bonne santé des populations, et en particulier des plus pauvres qui n'hésitent plus à aller chez leur généraliste dès les premiers symptômes d'une maladie. Cela évite une aggravation de l'état du patient et facilite la prévention ou le dépistage.

**Quels seraient les autres avantages de la "Grande Sécu"?**

Le système français de double financement des soins [génère des coûts de gestion redondants](#). En effet, le même dossier de remboursement d'un malade est traité successivement par l'Assurance maladie, puis la mutuelle. A l'échelle de la population française, cela représente chaque année quelque 7,6 milliards d'euros de frais de gestion rien que pour les mutuelles! A cela, il faut ajouter 2 milliards d'euros de dépenses administratives des hôpitaux uniquement pour s'assurer de leur paiement par les mutuelles. Ces sommes considérables seraient plus utiles dans le financement de vraies dépenses de santé.

**Ne craignez-vous pas qu'une "Grande Sécu" aboutisse à une "étatisation" du système de santé et à une "fonctionnarisation" des médecins?**

Ces arguments sont des épouvantails brandis par les opposants de la "Grande Sécu". Cela n'a aucun sens. Ce n'est pas parce que les soins seraient remboursés à 100% par l'Assurance maladie que la liberté des médecins serait réduite. Tant que les médecins conserveront leur statut de profession libérale avec [leurs libertés de prescription et d'installation](#), il n'y aura pas de risque d'"étatisation" du système de santé. En revanche, il est certain que l'instauration d'une "Grande Sécu", qui ne prendrait plus en charge les dépassements d'honoraires aujourd'hui remboursés par les mutuelles, poserait la question des rémunérations des médecins spécialistes, qui peuvent aujourd'hui fixer des tarifs supérieurs au plafond de la Sécurité sociale. Mais c'est un autre sujet qui ne doit pas empêcher des réformes qui améliorent l'accès aux soins de tous les Français.

## Références

1. Sécurité sociale (2021). **Renoncement aux soins pour raisons financières. Projet de loi de financement de la sécurité Sociale**, annexe 1. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, p. 99 \_ [Lien](#)
2. Lapinte, A. (2018). **Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières**. HCSP, Actualité et dossier en santé publique, n°102 \_ [Lien](#)
3. Aude Lapinte et Blandine Legendre. **Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres**. DREES. Etudes et résultat. 1200. Juillet 2021 \_ [Lien](#)
4. Marianne Cornu-Pauchet, Gwénaëlle Le Bohec, Stéphane Runfola. **La CMU-C comme alternative au reste à charge : quel bilan ?** HCSP. Actualité et dossier en santé publique. N° 102 \_ [Lien](#)
5. Jess N. **Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins**. Drees, Études et Résultats. décembre 2015. n° 944 : 6 p\_ [Lien](#)
6. Guthmuller S., Wittwer J. **L'effet de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités**. Économie Publique. 2012. n° 28-29 \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### E. Sur la permanence des soins

78 % des médecins interrogés en 2019 par Elabe pour le Conseil national de l'Ordre des médecins<sup>1</sup> estiment que la permanence de soins ambulatoires « fonctionne bien ». Les principaux leviers de leur participation à la PDSA sont le sens du devoir et de la solidarité. On relève aussi chez les plus jeunes la perspective d'un complément de revenu.

A l'opposé, la surcharge de travail apparaît comme un frein important pour une profession dont la moyenne de travail hebdomadaire est déjà de plus de 50 heures.

Si la moitié des médecins estime le montant des revenus globaux liées à la PDSA (astreintes + consultations) satisfaisants, 54% d'eux jugent insuffisant le montant des astreintes. Celles-ci viennent d'ailleurs d'être relevées.

Les horaires de la PDSA sont définis dans le Code de la santé publique de la façon suivante : en semaine de 20h à 8h le lendemain ; le samedi à partir de midi ; toute la journée les dimanches et jours fériés<sup>2</sup>.

Les médecins généralistes sont tenus d'assurer une continuité des soins pour leurs patients durant les 64 heures hebdomadaires restantes. Ceci ne correspond plus aux standards actuels de notre société, les jeunes générations étant à juste titre attachées à un meilleur équilibre entre temps de travail et vie privée.

La régulation médicale, libérale et hospitalière, se retrouve en difficulté en l'absence d'une organisation des effecteurs le samedi matin, les appels qui ne peuvent être correctement gérés avant l'ouverture officielle de la PDSA à midi sont reportés l'après-midi ou viennent saturer les services d'urgence le matin.

**L'élargissement des horaires de la PDSA au samedi matin répond ainsi à plusieurs enjeux** : améliorer l'accès aux soins, désengorger les services d'urgences et alléger un peu les fortes contraintes professionnelles qui pèsent sur les médecins généralistes. L'amplitude horaire hebdomadaire de la continuité des soins sera ainsi ramenée de 64 à 60 heures.

Dans son état des lieux de la permanence des soins<sup>3</sup>, le CNOM constate que cet élargissement est largement attendu sur le terrain. 65% des Conseils départementaux pour lesquels les horaires de PDSA n'ont pas été élargis au samedi matin se disaient favorables à cet élargissement.

Les raisons invoquées par les CDOM favorables à cette mesure sont nombreuses : fermeture des cabinets médicaux le samedi matin, report des demandes non prises en charge le matin sur la garde de l'après- midi, meilleure disponibilité des régulateurs libéraux, meilleure attractivité des gardes.

- ❖ « nous constatons une diminution importante du nombre de cabinets libéraux ouverts le samedi matin, nous sommes pour la reconnaissance du samedi matin comme temps de repos nécessaire ou comme temps exceptionnel de travail pendant la garde » ; « l'extension de la PDS au samedi matin est indispensable vu que la majorité des cabinets médicaux sont fermés ces matins là, ce qui met en difficulté la régulation »
- ❖ Nous constatons « que la moitié au moins des cabinets sont fermés le samedi matin et que les gens doivent attendre midi pour avoir le médecin de garde alors très demandé. Ce serait un besoin général ! »
- ❖ « la régulation n'est pas actée le samedi du fait que les régulateurs ont leurs cabinets ouverts ».
- ❖ « la décision de mettre le samedi matin en horaire PDS pourrait attirer des médecins habituellement fermés et renforcer les équipes de garde »

### Références

1. **Enquête auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires.** Enquête ELABE pour le Conseil national de l'Ordre des médecins. Mars 2019 \_ [Lien](#)
2. **Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.** NOR : SASH1006687D. JORF n°0163 du 17 juillet 2010\_ Texte n° 36 \_ [Lien](#)
3. **Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2020.** CNOM. Juin 2021. Page 30 \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### F. Sur la continuité des soins

Le décret du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins<sup>1</sup> définit les horaires de la permanence de soins et impose par conséquent d'organiser un accès aux soins en dehors des « heures traditionnelles ». En médecine ambulatoire, la continuité des soins représente la possibilité d'accéder à un professionnel de santé à tout moment : « lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » (article L. 6315-1 du code de la Santé publique).

Dans son rapport public annuel 2019, la Cour des Comptes relève que la majorité des passages se situe aux heures ouvrables et en début de soirée, avec des pics en milieu de matinée et entre 18h et 22h. Elle estime qu'en 2017, en prenant en compte l'ensemble de l'offre de soins non programmés disponible sur un territoire donné et l'état clinique des patients se présentant aux urgences, environ 20 % des patients auraient pu être pris en charge par une médecine de ville « mieux organisée et dotée des outils idoines »<sup>1</sup>.

La mesure N° 1 du Pacte de refondation des Urgences<sup>2</sup>, proposait de « Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS) ». Le dispositif sera réaffirmé lors du Ségur de la Santé en juillet 2020 comme un « élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients. Objectif : répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire. »

Le rapport rédigé par Pierre Carli et Thomas Mesnier<sup>4</sup> en 2019 répond à cette question qui pose les bases du futur SAS. En 2016, près de 21 millions de passages ont été recensés dans les 719 structures publiques ou privées d'urgence, soit une progression de + 3,5 % par rapport à 2015. Vingt ans auparavant, en 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10 millions.

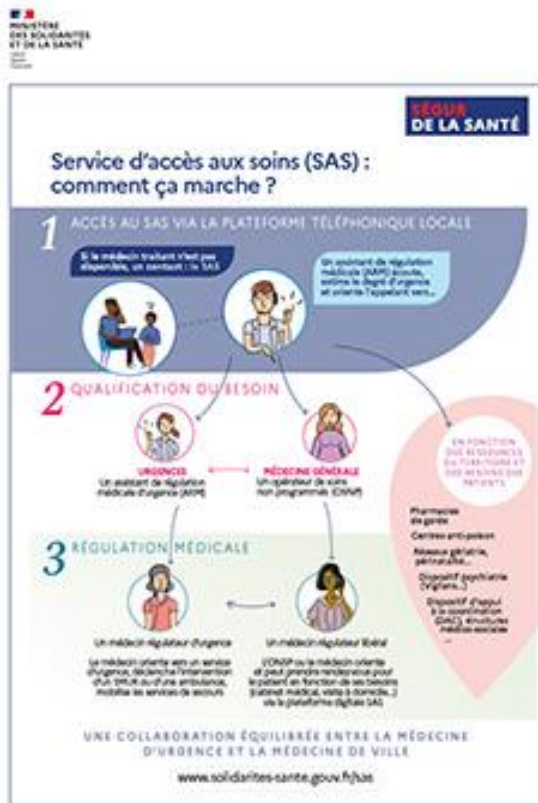
En décembre 2021, après une année d'expérimentation, le Ministère annonce<sup>3</sup> 18 sites pilotes opérationnels sur les 22 sites retenus. Pour MG France il existe encore de nombreux points de blocage, identifiés par les professionnels de terrain, qui ne permettent pas la généralisation annoncée en 2022. Les principales raisons de ce retard sont les suivantes : une rémunération des effecteurs peu lisible et peu attractive, un co-pilotage difficile par les acteurs ambulatoire et

hospitalier (recommandation N°6<sup>††</sup> du rapport Carli-Mesnier<sup>4</sup>), la décision plusieurs fois reportée sur la mise en place d'un numéro dédié qui a abouti à la mise en place d'une expérimentation pendant deux ans dans le cadre de la loi visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels.

### Références

1. **Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités.** Tome 2. In Rapport public annuel 2019 – février 2019. Cour des Comptes. 211-239 \_ [Lien](#)
2. **Pacte de refondation des Urgences.** Ministère des solidarités et de la santé. Septembre 2019 \_ [Lien](#)
3. **Comité de suivi. Ségur de la santé. 14 décembre 2021. Dossier de presse.** Ministère des solidarités et de la santé \_ [Lien](#)
4. Thomas Mesnier - Pierre Carli - Stéphanie Fillion - Hamid Siahmed. **Pour un pacte de refondation des urgences. Rapport public.** Ministère des Solidarités et de la Santé. Décembre 2019. 259p \_ [Lien](#)
5. **Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires.** Rapport de Thomas Mesnier. Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Paris, mai 2018 \_ [Lien](#)

<sup>††</sup> Recommandation n°6 - Élaborer une instruction déterminant et garantissant les modalités de cogestion et copilotage des plateformes territoriales SAS et clarifiant les champs de responsabilité de chacun des acteurs ambulatoire et hospitalier.



## Pour en savoir plus ...

### G. Accueillir plus de patients médecin traitant

Plusieurs études montrent qu'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes grâce à la présence d'une équipe de collaborateurs permet aux médecins généralistes de prendre en charge plus de patients comme médecin traitant <sup>1,2</sup>.

L'enquête de l'Assurance Maladie réalisée en 2021 montre que les médecins généralistes bénéficiant d'un assistant médical jugent cohérents les seuils à atteindre en contrepartie de la participation du financement par l'Assurance Maladie.

Les médecins généralistes ne sont pas hostiles à l'idée de prendre plus de patients comme médecin traitant. Avec des moyens adaptés, les chiffres prouvent que c'est possible.

### Références

1. **Le dispositif d'aide à l'embauche des assistants médicaux.** Etude réalisée par BVA pour l'Assurance Maladie. Mars 2021
2. Christophe Loussouarn, Carine Franc, Yann Videau, Julien Mousquès. **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins.** Revue d'économie politique 2019/4 (Vol. 129), pages 489 à 524 \_ [Lien](#)

## UN PARTENARIAT ENTRE ÉLUS LOCAUX ET MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR L'ACCÈS AUX SOINS

### 6- Co-construire l'accès aux soins sur les territoires dans un espace de concertation entre professionnels de santé et élus locaux.

Cet espace a un nom, c'est la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ou CPTS. Elles sont appelées à devenir un lieu de dialogue et d'organisation des soins entre professionnels du territoire et élus locaux. Et sans attendre, ouvrir ce dialogue entre partenaires sur le terrain.

### 7- Mettre un terme à la surenchère entre collectivités territoriales.

La surenchère ne crée aucune ressource médicale nouvelle. Il convient au contraire de répartir au mieux l'offre de soins existante et à venir.

### 8- Réfléchir avec les élus locaux, à l'échelle du bassin de vie, à la répartition des professionnels et à l'implantation des cabinets et maisons de santé.

Il s'agit d'établir en partenariat une cartographie des moyens disponibles et à venir, en s'appuyant sur les projections démographiques et les besoins de la population du territoire considéré.

### 9- Aménager pour les médecins généralistes des locaux adaptés à un exercice collaboratif

Le cabinet médical du futur regroupera le plus souvent médecins traitants, assistants médicaux, infirmières de pratique avancée et Infirmières de santé publique, internes en médecine générale et stagiaires infirmières. Disposer d'une équipe de collaborateurs, c'est bien. Avec des locaux adaptés et équipés, c'est mieux. Les collectivités territoriales ont une carte à jouer pour renforcer l'attractivité des cabinets médicaux de leurs territoires.



**Théo Combes,**

Médecin généraliste à Gaillac,  
Tarn

proposition  
n°6

### Co-construire l'accès aux soins sur les territoires dans un espace de concertation entre professionnels de santé et élus locaux.

Alors que la Santé est la priorité déclarée par les électeurs, la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) arrive à point nommé.

Assurant la représentation des professionnels de santé du territoire, les CPTS ouvrent la voie à un dialogue constructif avec les élus locaux. Les représentants des communes concernées, le Conseil Départemental et les parlementaires du territoire siègent au conseil d'administration de notre CPTS du Grand Gaillacois.

Une bonne coopération a été instituée avec le Conseil Départemental pour la charte d'attractivité médicale du Tarn et la création d'un numéro d'appel pour l'accès aux soins durant la crise COVID. L'ouverture du centre de vaccination de la CPTS a nécessité un rapprochement avec la municipalité de Gaillac.

Notre députée a participé à plusieurs réunions, dont un de nos "Zoom COVID" qui ont permis de traverser solidairement les jours les plus inquiétants du début de la pandémie.

Une coopération débute aussi avec la Communauté d'Agglomération, dont le territoire s'étend sur deux CPTS, la nôtre et celle voisine du Tarn Centre, portée par le Dr Margot Bayart.

Proximité et agilité sont essentielles pour la santé des populations. Progressivement les élus comprennent qu'il serait vain d'aborder les problèmes aigus que sont la lutte contre l'épidémie, l'accès aux soins et la démographie médicale sans les CPTS qui sont forces de proposition et une partie de la solution.

**Beaucoup d'élus ont déjà compris la force du collectif.  
La santé de demain se construit en proximité,  
et porte un nom de code... CPTS !**

## Pour en savoir plus ...

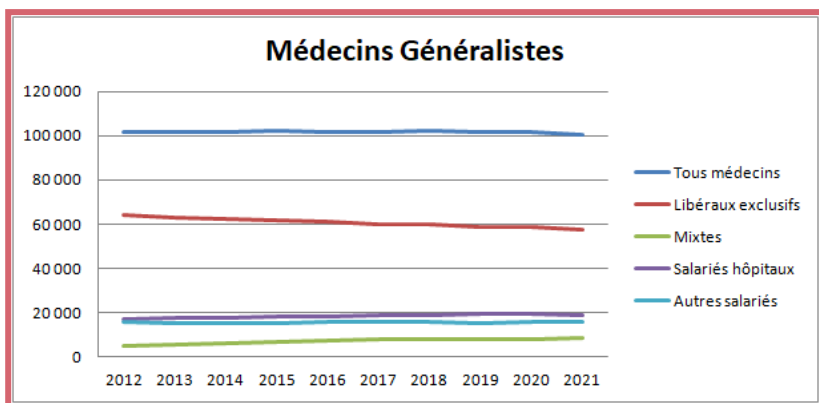
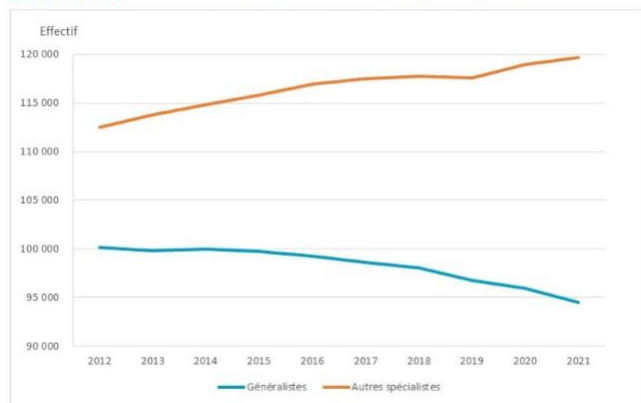
### A. Sur la démographie médicale

« Il n’y a jamais eu autant de médecins » disent certains ...

Selon les données de la DREES\* le nombre de médecins toutes spécialités confondues n’a jamais été aussi haut depuis 2012.

Mais le nombre de médecins généralistes n’a jamais été aussi bas !

Graphique 7b • Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021



Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.  
Source > RPPS – exploitation DREES.

Quelle démographie récente et à venir pour les professions et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES n°76.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Tous exercices confondus</b>	101 435	101 385	101 904	101 935	101 799	101 755	101 939	101 381	101 355	100 621
<b>Libéraux exclusifs</b>	64 142	63 059	62 587	61 801	60 897	59 976	59 629	58 748	58 493	57 533
<b>Mixte</b>	4 780	5 614	6 248	6 716	7 119	7 632	7 797	8 023	8 141	8 365
<b>Salariés hospitaliers</b>	16 963	17 394	17 676	17 947	18 253	18 605	18 982	19 152	19 172	19 030
<b>Autres salarié</b>	15 550	15 318	15 393	15 471	15 530	15 542	15 531	15 458	15 549	15 693

Champ France entière - Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier de l'année – Médecins actifs de moins de 70 ans

On ne peut pas exclure que la rémunération plus faible des médecins généralistes ne participe à cet écart

Tableau 4 • Revenus moyens des médecins libéraux par spécialité en 2017

		Ensemble	Généralistes	Autres spécialistes
Part des effectifs exerçant en secteur 2 (en %)		25,0	7,2	44,8
Part de professionnels cumulant activités libérale et salarié (en %)		30,1	22,9	38,4
Revenu d'activité (en euros)	Ensemble	119 800	91 670	151 910
	Secteur 1	110 200	92 650	144 030
	Secteur 2	148 870	78 890	161 530
dont revenu libéral (en euros)	Ensemble	110 680	87 890	136 700
	Secteur 1	102 340	88 950	128 160
	Secteur 2	135 930	74 070	147 120

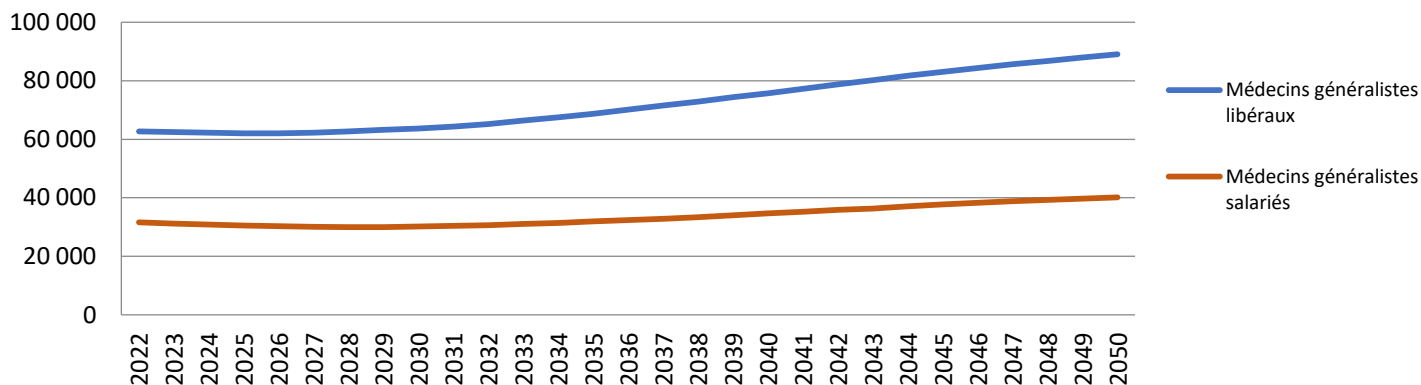
\* Données issues du site dataviz de la DREES



Pour en savoir plus ...

B. Sur les données prospectives de la démographie médicale

Médecins généralistes  
Projection 2022 - 2050  
Libéraux - Salariés exclusifs



**Hypothèses de projection** : Nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales : 8 700 (scénario tendanciel)  
Flux de diplômés à l'étranger par an : 1 200 par an (scénario tendanciel)  
**Âge** : Tous âges - Sexe : Femmes et hommes confondus - **Champ** : Médecins actifs de moins de 70 ans  
**Source** : Projections DREES réalisées en 2021.

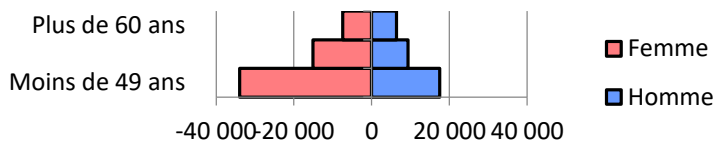
La progression de l'effectif des médecins salariés est de 27% entre 2022 et 2050 contre 42% pour les libéraux, portée par les femmes dans ces deux formes d'exercice.

La bascule s'effectue à partir de 2027 pour les libéraux (point le plus bas en 2026 avec 62 016 MG libéraux) et trois ans plus tard pour les médecins salariés (point le plus bas en 2029 avec 30 024 médecins salariés exclusifs).

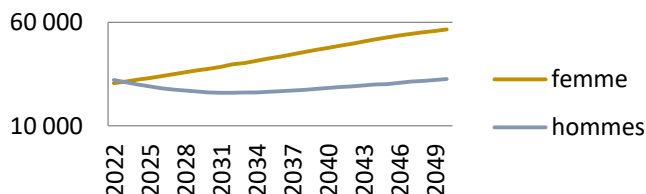
La part des médecins libéraux augmente légèrement entre 2022 et 2050 (66% 2022 et 69% en 2050).

La féminisation se poursuit de manière constante, particulièrement chez les libéraux. Les femmes qui représentent 49% de l'effectif des médecins libéraux exclusifs en 2022, représenteraient 63% en 2050 (62% et 66% chez les salariés).

Médecins Généralistes  
Libéraux  
2050



Médecins généralistes libéraux  
Projection 2022 - 2050  
Par sexe



Données issues de l'outil de projection de la DREES

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
<b>Libéraux</b>	62 707	62 439	62 232	62 008	62 016	62 296	62 729	63 201	63 683	64 334	65 251	66 365	67 521	68 749
<b>Salariés</b>	31 644	31 145	30 814	30 540	30 282	30 131	30 036	30 024	30 198	30 402	30 661	31 051	31 457	31 927

	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050
<b>Libéraux</b>	70 111	71 572	72 870	74 368	75 760	77 225	78 718	80 199	81 692	83 015	84 366	85 643	86 777	87 916	89 007
<b>Salariés</b>	32 366	32 857	33 405	34 021	34 662	35 254	35 878	36 389	37 080	37 742	38 266	38 830	39 283	39 721	40 145

### Références

1. Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pizarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput. **Quelle démographie récente et à venir pour les professions et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques.** Les dossiers de la DREES n°76. Mars 2021 \_ [Lien](#)

**LE BON SOIN AU BON ENDROIT,  
PAR LE BON PROFESSIONNEL !**

**10- Promouvoir la médecine générale dans un système de santé organisé et basé sur un premier niveau de recours.**

*La médecine générale résout plus de 80% des problèmes de santé de première ligne. Le bon soin le plus pertinent, c'est en premier lieu l'accès aux soins primaires. La médecine générale garantit l'accès aux soins et la soutenabilité financière du système de santé, car le rapport efficacité/coût de la 1<sup>ère</sup> ligne est bien supérieur aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> lignes (OMS).*

**11- Investir 1% du PIB dans les soins primaires comme le préconise l'OMS.**

*Le système de santé français a oublié d'investir sur les soins de premier recours, se différenciant ainsi de ses voisins qui n'ont pas fait cette erreur. Notre sous-investissement sur les soins de ville se répercute sur l'hôpital dont la situation se dégrade quand la médecine de première ligne se défait.*

**12- Préférer la voie conventionnelle à la loi pour organiser les soins de ville.**

*La convention médicale ainsi que les autres conventions entre l'Assurance maladie et les professions de santé garantissent aux patients des tarifs régulés et des parcours de soins efficaces et coordonnés. Les professionnels de santé peuvent et doivent organiser eux-mêmes le parcours de soins des patients. Ils sont parfaitement capables de définir en concertation des guides de pratique coordonnée.*



## Pour en savoir plus ...

### A. Sur le médecin généraliste, acteur de première ligne d'un système de santé organisé

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

« Certains éléments de cette définition ne sont pas spécifiques aux médecins généralistes – médecins de famille mais sont généralement applicables à la profession dans son ensemble. **La spécialisation en médecine générale – médecine de famille est néanmoins la seule qui peut appliquer toutes ces particularités.** » WONCA - 2002<sup>1</sup>

Le Manifeste pour un système de santé<sup>2</sup> organisé décrit un système cible hiérarchisé dans lequel trois niveaux de recours se complètent.

- ❖ Un secteur de 1<sup>re</sup> ligne, formé par les équipes de soins primaires autour des médecins généralistes dans l'environnement des patients, s'exerçant au sein des cabinets médicaux, des maisons et centres de santé pluri professionnels et des établissements de santé communautaires de proximité. Ce secteur est coordonné sur les territoires par les CPTS prévues par le législateur.
- ❖ Un secteur de 2<sup>e</sup> ligne, exercé par les spécialistes de second recours sollicités pour leur expertise spécifique et technique, mis en œuvre dans le secteur ambulatoire ou hospitalier et coordonné avec les équipes de soins de santé primaires au sein des CPTS.
- ❖ Un secteur de 3<sup>e</sup> ligne s'exerçant dans les centres hospitaliers généraux, cliniques privées et CHU, regroupant les plateaux techniques et coordonné sous l'égide des GHT.

30 ans après la déclaration d'Alma Ata<sup>5</sup>, les participants à la *Conférence internationale sur les soins de santé primaires* réunis à Astana les 25 et 26 octobre 2018<sup>1</sup>, réaffirment « *Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé.* »

Le médecin généraliste, acteur de soins primaires, est la porte d'entrée du patient dans le système de santé. Il apporte « *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* »<sup>4</sup>.

Il est celui « pouvant fournir une réponse à 90 % des patients, pour 90 % des situations de soins »<sup>1</sup>.

### Références

1. **World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems.** Victoria : 1991 \_ [Lien](#)
2. **Manifeste pour un système de santé organisé.** Collège de la Médecine Générale. 2019 \_ [Lien](#)
3. **Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable.** Astana, Kazakhstan. 25 et 26 octobre 2018 \_ [Lien](#)
4. PL Druais. **La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé.** Rapport. Ministère chargé de la santé. 2015 \_ [Lien](#)
5. **Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.** Organisation mondiale de la santé. 1978 \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### B. Investir dans les soins primaires

En 1978, l'OMS<sup>1</sup> « reconnaissant que la mise en œuvre des activités de santé primaire nécessite la mobilisation effective de ressources intéressant la santé » recommandait que « pour exprimer leur volonté politique de promouvoir l'approche « soins de santé primaire », les gouvernements, à mesure qu'ils augmentent les crédits consacrés à la santé, donnent la priorité absolue à l'extension des soins primaires, y compris, le cas échéant, les assurances sociales, les coopératives et toutes les ressources pouvant être mobilisées à l'échelon local grâce à une participation et à un engagement actifs des communautés ; enfin, qu'ils prennent des mesures pour optimiser l'efficacité et l'efficacité des activités ayant un rapport avec la santé dans tous les secteurs. »

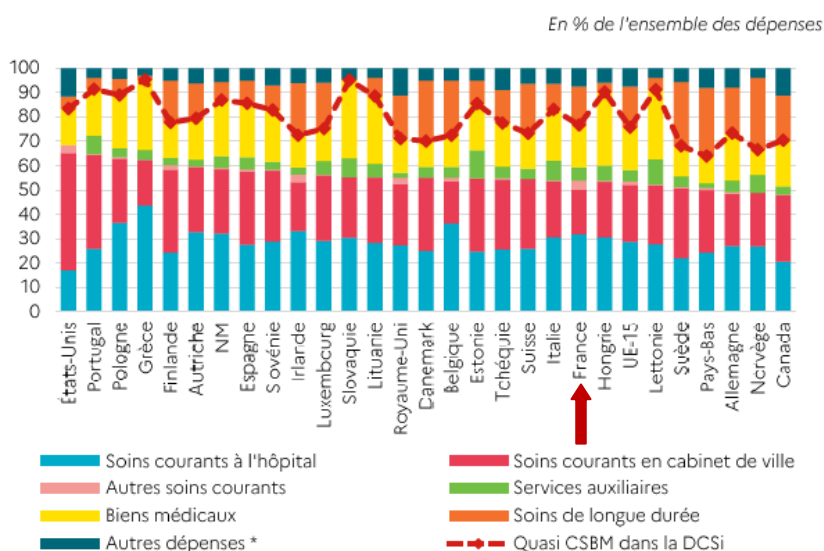
Plusieurs travaux, dont ceux de Barbara Starfield<sup>2,3</sup> dans les années 2000, ont montré que les systèmes de santé organisés autour des soins primaires, comparativement à d'autres structurations, étaient associés à de meilleurs résultats de santé populationnelle (mort évitable notamment), à une plus grande équité et à de moindres coûts associés à la santé.

Ces études dites « écologiques » ont comparé la distribution des professionnels de soins primaires et d'autres indicateurs de développement des soins primaires sur un territoire, avec des indicateurs de morbidité, de dépenses de santé, de satisfaction des patients ou d'inégalités sociales de santé. Les résultats sont toutefois à interpréter avec précaution du fait d'un possible biais écologique.

Et pourtant l'OMS dans un communiqué<sup>4,5</sup> publié le 22 septembre 2019, à la veille de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, réitérait son message pour un investissement sur les soins primaires pour que les lacunes flagrantes de la couverture soient comblées et que les cibles fixées en 2015 dans le domaine de la santé soient atteintes, au niveau mondial « les pays doivent consacrer au moins 1% supplémentaire de leur produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé primaires pour que les lacunes flagrantes de la couverture soient comblées et que les cibles fixées en 2015 dans le domaine de la santé soient atteintes, au niveau mondial.. »



Graphique 3 Structure de la DCSI selon la fonction de la dépense en 2019



\* Les autres dépenses correspondent à la prévention institutionnelle, à la gouvernance des systèmes de santé et aux autres dépenses non classées ailleurs.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Quelques chiffres<sup>6</sup>

En France, les dépenses de santé sont représentées par la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Elle s'élève en 2020 à 209,2 milliards d'euros soit 9,1% du PIB et une dépense moyenne par habitant de 3 109 euros.

Sur le plan international, les comparaisons s'opèrent sur les Dépenses courantes de santé au sens international (DCSI) qui s'établissent pour la France à 11,2 % du PIB en 2019, soit la 3<sup>ème</sup> place.

En parité de pouvoir d'achat (PPA), la France décline en 8<sup>ème</sup> position avec 4.067 euros/hab soit deux fois moins que les États-Unis (8 320 euros). L'Allemagne consacre 3 108 euros/hab.

Si l'on ne tient compte du pouvoir d'achat que pour la santé, la France se situe au 9<sup>ème</sup> rang avec 3.250 euros/hab (7.300 euros pour les États-Unis qui restent en tête).

Si l'on observe la structure de la DCSI, la France et la Grèce sont les pays qui consacrent la plus faible part aux soins de ville (au sens large) pour environ 18% pour la France, au profit de l'hôpital (39% au Portugal, chiffre le plus élevé).

La surspécialisation du système de santé français entraîne des dépenses inutiles et non justifiées.

Références

1. **Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires.** Alma -Ata (URSS), 6 -12 septembre 1978 \_ [Lien](#)
2. Barbara Starfield, **Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services.** SESPAS report 2012, Gaceta Sanitaria, Volume 26, Supplement 1,2012, Pages 20-26 \_ [Lien](#)
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. **Contribution of primary care to health systems and health.** The Milbank quarterly 2005;83:457-502 \_ [Lien](#)
4. **Les pays doivent investir au moins 1% supplémentaire de leur PIB dans les soins de santé primaires pour éliminer les lacunes flagrantes de la couverture.** OMS. Communiqué de presse. 22 sept 2019 \_ [Lien](#)
5. **Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019 - résumé d'orientation.** OMS. 2019 \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### C. Sur les mesures concourant au démantèlement de la profession du médecin généraliste

En 2016, Loi de Modernisation du Système de Santé<sup>1</sup>, en 2019, Loi d'Organisation et de transformation du Système de Santé, dernièrement en 2021, Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification : les différentes lois touchant à l'organisation de notre système de santé, comme les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) successives, ont été des coups de canif portés à la profession de médecin généraliste au profit d'autres professions, sans discussions préalables avec les pouvoirs publics et les élus.

Voici la liste des transferts d'activité réalisés sans concertation entre les acteurs concernés.

#### Sage-femme libérale

##### LMSS - 2016

Vaccination : 2 nouvelles vaccinations réalisables par la sage-femme (méningocoque C et varicelle) et ouverture du droit à la prescription et à la vaccination auprès de l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né, soit pendant la période post-natale.

Prescription : Ouverture de la prescription des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier.

##### Loi OTSS – 2019

Vaccination : Elargissement de la vaccination du nouveau-né à l'enfant.

##### Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification - 2021

Suivi de la grossesse : Création de la « Sage femme référente » qui tient à jour un dossier obstétrical complet pour le suivi de grossesse

Parcours de soins : Reconnaissance de la sage-femme comme acteur de premier recours : plus de pénalité financière pour les patientes adressées en direct à des spécialistes.

Arrêt de travail : Prescription sans limite de durée et renouvellement des arrêts de travail, dans la limite de sa compétence professionnelle.

IST : Prescription à leurs patientes et aux partenaires de leurs patientes du dépistage d'IST et des traitements (liste définie) de ces infections

Prescription : Droit de prescription élargi à des médicaments dont la liste est fixée réglementairement et mise à jour dès la mise sur le marché d'un nouveau dispositif

#### Pharmacien d'officine

##### LFSS 2017 et 2019

Vaccination : Expérimentation puis généralisation de la vaccination contre la grippe saisonnière des personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur et à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

##### Loi OTSS – 2019

Dispensation sous protocole (Décrets d'application 2021) : dans le cadre d'un exercice coordonné et après une formation, délivrance sans ordonnance, pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, après avis de la HAS.

- Pollakiurie et brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans : fosfomycine trométamol PO, pivmecillinam PO ;
- Odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans : amoxicilline PO, céfuroxime-Axetil PO, céfpodoxime-Proxétil PO, azithromycine PO, cefotiam hexetil PO, clarithromycine PO et josamycine PO.

Pharmacien correspondant (Décret d'application mai 2021) : Dans le cadre d'un exercice coordonné, le pharmacien correspondant désigné par le patient à la possibilité de renouveler périodiquement des traitements chroniques et, si besoin, ajuster leur posologie, avec accord du médecin traitant, pour une durée maximale de 12 mois.

## Infirmier(e) libéral(e)

### LMSS - 2016

Infirmière de pratique avancée (Décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie - 2019) : Pose les fondements juridiques de la « pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux

### Loi OTSS – 2019

Adaptation de certaines posologies (Décret d'application février 2021 – liste des pathologies non publiée à ce jour) : Possibilité, après formation, d'adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée dans le cadre d'un protocole dans le cadre d'un exercice coordonné, sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

### Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification - 2021

Pratique avancée : Prévoit un rapport du Gouvernement au Parlement, dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi, sur la mise en place de la pratique avancée des auxiliaires médicaux

Rapport publié par l'IGAS en janvier 2022

## Masseur-Kinésithérapeute

### Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification – 2021

Accès direct : Rapport du Gouvernement au Parlement, dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi, examinant les modalités d'ouverture de l'accès direct aux MK

Renouvellement et adaptation des prescriptions : Possibilité de renouveler les prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, en les adaptant le cas échéant, sauf indication contraire du médecin traitant ou prescripteur. Le médecin traitant doit être tenu informé du renouvellement par le kinésithérapeute.

Prescription : droit de prescription élargi aux « produits de santé », dont les substituts nicotiques, sauf indication contraire du médecin.

## Ergothérapeute

### Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification – 2021

Renouvellement des prescriptions : Renouvellement, sauf indication contraire du médecin, des prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie dans des conditions fixées par décret (en attente).

Prescription : Droit à la prescription de dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession (liste fixée par arrêté après avis de l'Académie nationale de médecine)

## Orthophoniste

### Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification – 2021

Renouvellement et adaptation des prescriptions : Possibilité d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, sauf avis contraire du médecin, les prescriptions médicales datant de moins d'un an.

### LMSS - 2016

#### Ouverture de la pratique des TROD à des non professionnels de santé formés

- Acteurs responsables de la pratique des TROD : professionnels de santé ou personnels relevant de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée
- Dispensation gratuite des autotests de dépistage des maladies transmissibles, notamment du VIH par les associations de patients et les structures de prévention.
- Délivrance sans prescription médicale sous la forme d'un kit, en pharmacie et autres structures permettant de toucher certaines populations exposées vulnérables

### LOTSS – 2019

#### Simplification des protocoles

Définit le cadre des protocoles de coopération nationaux et locaux (Protocoles de coopération validés par la HAS dont Angine, Infection urinaire, lombalgie aiguë, rhinite allergique etc. ), création du Comité national des coopérations interprofessionnelles

## Références

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. NOR : AFSX1418355L \_ [Lien](#)
2. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. NOR : SSAX1900401L \_ [Lien](#)
3. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. NOR : SSAX2029985L \_ [Lien](#)



## LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

### ACTEUR EN SANTÉ PUBLIQUE, POUR LA PRÉVENTION ET LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

**13- Reconnaître que le médecin généraliste est aussi un médecin de santé publique.**

*Il est temps de reconnaître au médecin généraliste ce rôle dont l'importance est devenue évidente dans la crise sanitaire. Un rôle méconnu mais très présent du médecin généraliste illustré par les exemples présentés ci-dessous. La prochaine convention médicale devra encourager ces pratiques en les valorisant.*

**14- Valoriser les actions du médecin généraliste, médecin de famille, présent tout au long de la vie pour sensibiliser et informer sur les déterminants de la santé (facteurs de risque, environnement, etc.)**

*Le médecin généraliste traitant, médecin de la synthèse et de la durée, est un témoin privilégié des conditions de vie de ses patients, dans leur environnement familial, social et professionnel. Cette situation lui permet de prévenir et d'intervenir précocement le cas échéant dans une relation de proximité et de confiance. Une consultation de prévention devrait être proposée par l'assurance maladie aux enfants comme aux âges clés de la vie de l'adulte.*

**15- Développer et valoriser les missions de santé publique du médecin traitant, pour son patient pendant sa consultation, pour sa patientèle dont il assure le suivi, pour la population du territoire dans lequel il exerce.**

*Le rôle du médecin traitant ne s'arrête plus à la fin de la consultation. Il se prolonge dans les actions entreprises pour la totalité de la patientèle sur laquelle il veille. Et de plus en plus il s'exerce, en partenariat avec les autres acteurs de son territoire, au service de la population au milieu de laquelle il exerce. La CPTS est le lieu où se réalisent des actions de santé publique pour la population, notamment des plans blancs pour les soins primaires dans lesquels les généralistes ont une place importante.*

Dans son rapport de novembre 2021 « *La politique de prévention en santé* »<sup>1</sup>, la Cour des Comptes fait un constat négatif des politiques de prévention menées en France et recommande un recours plus important au médecin généraliste.

## Pour en savoir plus ...

### A. Une équipe de collaborateurs auprès du médecin traitant pour renforcer les actions préventives

#### a. *Assistants médicaux : prévention primaire en ciblant les patients, relance des vaccinations et de la participation aux programmes de prévention*

Généraliser, en le simplifiant, le dispositif des assistants médicaux permettrait de renforcer les actions du médecin traitant en matière de prévention<sup>1</sup>. Les assistants médicaux pourraient réaliser des tâches administratives de suivi, d'information et de relance (vaccination, et programme de prévention) après un ciblage de la patientèle éligible correspondante.

Autre intérêt, le développement du concept « aller vers » dont la crise sanitaire a révélé l'importance.

#### b. *Infirmières de santé publique et infirmières de pratique avancée : prévention secondaire et éducation thérapeutique*

Même si l'infirmier en pratique avancée (IPA) et l'infirmier Asalée sont compétents dans les trois champs de la prévention, leur rôle est particulièrement important en matière de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de pathologies chroniques, une fois la pathologie diagnostiquée, en complément de la prise en charge médicale<sup>2,3</sup>.

En s'appuyant sur ses collaborateurs, le médecin traitant pourra se recentrer sur les activités de prévention à plus forte valeur ajoutée.

### Références

1. **La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies.** Cour des Comptes. Décembre 2021. P15-16 ; 105-106 \_ [Lien](#)
2. Julie Gilles de La Londe (Université de Paris, Département de médecine générale), Anissa Afrite et Julien Mousquès (Irdes). **La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée.** Question d'économie de la santé. N° 264. Décembre 2021 \_ [Lien](#)
3. Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), **Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés.** Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 54, Éditions OCDE, Paris \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### B. Sur des consultations de prévention au contenu dédié aux âges clés de la vie

*De la nécessité de consultations avec un contenu spécifique en fonction de l'âge*

En mars 2018, le Comité interministériel de santé présidé par Edouard Philippe a publié dans le cadre de la Stratégie nationale de santé le dossier « Priorité prévention : tout au long de la vie » qui traite des déterminants de la santé, environnementaux et comportementaux, et aborde les différents âges de la vie avec leurs spécificités<sup>1</sup>.

*Consultations à contenu dédié et valorisé : un intérêt majeur pour les médecins généralistes interrogés*

Interrogés pour le *Quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*<sup>3</sup> 46 % des médecins pensent que la création des consultations spécifiques dédiées à la prévention leur « permet ou permettrait d'y consacrer plus de temps », tandis que 42 % ne partagent pas cet avis et 12 % ne se prononcent pas.

61% des médecins utilisant les cotations CCP (contraception) ou CSO (suivi de l'obésité) trouveraient un intérêt majeur à une consultation à contenu de prévention dédié.



**Jean-Christophe  
Nogrette**

Médecin généraliste à Feytiat  
Haute-Vienne

proposition  
n°14

**Valoriser les actions du médecin généraliste, médecin de famille, présent tout au long de la vie pour sensibiliser et informer sur les déterminants de la santé (facteurs de risque, environnement, etc.)**

Installé en Limousin, j'ai vite remarqué la fréquence de l'infertilité des jeunes couples et des malformations de l'appareil génital chez les petits garçons, où leur diagnostic clinique est plus facile.

Je me suis intéressé, avec l'association Alerte des Médecins sur Les Pesticides, à la forte incidence de syndromes parkinsoniens chez les pommiculteurs. L'AMLP a milité pour faire reconnaître le caractère professionnel de cette maladie par la MSA, en 2012.

Au quotidien, je combats contre les perturbateurs endocriniens environnementaux, cosmétiques, récipients culinaires plastique, meubles aggro dans les chambres de bébé et peinture fraîche qui parfume les biberons...

La forte incidence de cancers du sang, du sein ou de la prostate est aussi très suspecte.

Enfin, la Haute Qualité Environnementale (HQE) du bâtiment de ma future MSP est un objectif important.

Nos concitoyens font des pas en ce sens, selon leurs moyens.

La santé environnementale doit être au cœur des politiques publiques. Des incitations à la HQE dans tous les domaines surveillés ci-dessus pourraient créer des emplois, améliorer l'état sanitaire des populations et diminuer les coûts des soins.

**Chaque euro engagé en ce sens compte double !**

MG France propose la création de trois rendez-vous prévention avec le médecin traitant : à 25 ans pour l'entrée dans la vie adulte (contraception, conception, IST, addictions, sport, etc.), à 45 ans pour les habitudes de vie et les dépistages, à 65 ans pour l'autonomie et le bien vieillir.

Ces trois consultations devraient être valorisées dans la prochaine convention médicale, la population pourrait y être invitée par l'assurance maladie.

#### Références

1. **Comité interministériel pour la santé.** Dossier de presse. Mars 2018 \_ [Lien](#)
2. **Priorité Prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie.** Ministère des solidarités et de la santé. Mars 2018 \_ [Lien](#)
3. Metten, M.-A., et al. **Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention.** DREES, *Études et Résultats*, n°1197. Juillet 2021 \_ [Lien](#)

## Pour en savoir plus ...

### C. Sur la pratique des médecins généralistes en prévention

La pratique préventive des médecins généralistes s'est largement accrue durant ces dernières années à titre individuel à travers la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) comme en pratique collective, au travers des actions mises en place par les maisons de santé pluri-professionnelles et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Toutefois, même s'il existe des actes clairement identifiés comme relevant exclusivement de la prévention dans la nomenclature des actes et prestations ou dans la ROSP, il reste difficile d'évaluer précisément et donc de reconnaître l'ensemble de l'activité préventive des médecins généralistes, comme le déplore la Cour des Comptes dans son rapport<sup>1</sup>.

Le chiffre repris dans les différentes publications dont les PLFSS concernant les dépenses non institutionnelles en prévention issues de la CSBM est de 9,1 milliards d'euros remboursés en 2016 par l'Assurance Maladie<sup>2</sup>. Ce chiffre englobe les dépenses préventives à l'hôpital, les médicaments et autres biens et une partie des soins de ville. Les actions préventives des professionnels de ville représentent 27% de la dépense soit 2,1 milliards d'euros. Ces chiffres regroupent essentiellement l'activité des médecins généralistes, des gynécologues et des pédiatres.

Les travaux de l'Observatoire de la médecine générale publiés par la Société Française de Médecine Générale évaluaient en 2009<sup>3</sup> à 20% la part des consultations de médecine générale consacrée à la prévention. Ils montraient que les médecins généralistes vaccinaient 12,1 % de leurs patients tous âges confondus, et qu'une vaccination était présente dans un acte sur 20.

La dernière enquête du *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale\**, qui s'est déroulée de décembre 2019 à mars 2020<sup>4</sup> apporte les informations les plus récentes et confirme l'implication des médecins généralistes dans les actions de prévention collective destinées à des populations cibles, le plus souvent en lien avec d'autres acteurs de santé : participation au dispositif Mois sans tabac, mise à disposition dans le cabinet d'informations le plus souvent sous format papier (83 %), auto-questionnaires à visée préventive destinés à faciliter les échanges avec les patients (41 %), Rémunération sur objectifs de santé publique (47 % des répondants estiment que la ROSP les a « plus souvent » conduits à une pratique de prévention dans au moins un des trois domaines étudiés dans l'enquête).

Autre enseignement, l'environnement pluri-professionnel de la MSP est propice à un investissement plus important dans des actions de santé publique, comme le confirme l'Assurance Maladie dans son rapport annuel paru en juillet 2021<sup>5</sup>.

Cette enquête révèle enfin que les médecins généralistes attendent que les pouvoirs publics leur donnent une plus grande place dans des actions de prévention. Un médecin généraliste sur trois envisagerait de mettre en place des auto-questionnaires dans sa salle d'attente si on lui proposait, un médecin généraliste sur quatre des messages vidéo, alors que 30 % des médecins interrogés déclarent qu'ils ne connaissent pas les consultations complexes de prévention, car leurs cotations sont trop difficiles à appliquer.



**Agnès Giannotti,**

Médecin généraliste dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris.

proposition  
n°13

#### Reconnaitre que le médecin généraliste est aussi un médecin de santé publique

J'exerce depuis 1990 à la Goutte d'Or où se sont succédées les vagues migratoires. Les problématiques de santé publique y sont omniprésentes. Pour prévenir le VIH, j'ai participé comme généraliste dans un cadre associatif à des actions d'éducation à la santé et de prévention. La prophylaxie pré exposition ou PrEP nous mobilise aujourd'hui.

L'usage détourné et addictif de dermocorticoïdes à usage cosmétique pour entraîner une dépigmentation y fait des ravages et aboutit à des préjudices esthétiques majeurs. Il faut intervenir à la fois en consultation individuelle, dans des actions de sensibilisation collective et former les étudiants et les médecins en exercice.

Notre maison de santé s'est aussi impliquée dans le dépistage du trait drépanocytaire en médecine générale. Sujet qui n'avait jamais été étudié auparavant alors qu'il s'agit de la plus fréquente des maladies rares. Quatre années de travail ont été nécessaires, cinq étudiants ont soutenu leur thèse sur le sujet et réalisé un site ressource : <https://drepanoclic.fr>.

Les migrants sont particulièrement touchés par le diabète. Cela nous impose de prendre en compte les conditions de vie, la précarité et l'aspect culturel de l'alimentation. Pour cela je m'appuie sur une infirmière de santé publique Asalée ainsi que sur des associations communautaires.

A travers cet exemple on réalise comment les médecins généralistes suivent les patients et les familles dans la durée et connaissent leurs conditions de vie et repères culturels.

#### Voilà pourquoi ils sont particulièrement bien placés pour se saisir de sujets de santé publique.

\* Le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France entière, hors Mayotte, par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes- Côte d'Azur (PACA) et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, installés au 1er janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). Les médecins exerçant en Pays de la Loire et en PACA sont surreprésentés dans l'échantillon, permettant de donner des résultats représentatifs pour ces deux régions.

### Références

1. **La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies.** Cour des Comptes. Décembre 2021. P15-16 ; 105-106 \_ [Lien](#)
2. **Comptes partiels de la prévention 2012-2016** In Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé. Panorama de la Santé. DREES. 2018. \_ [Lien](#)
3. Duhot D, Kandel O, Boisnault P, Hebbrecht G, Arnould M. **L'Observatoire de la médecine générale, un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France**, Primary care 2009 ; 9, n° 2, janvier 2009 \_ [Lien](#)
4. Metten, M.-A., et al. **Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention.** DREES, *Études et Résultats*, n°1197. Juillet 2021 \_ [Lien](#)
5. **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses** - Propositions de l'assurance maladie pour 2022. Rapport Charges et Produits. Juillet 2021. \_ [Lien](#)

## FORMATIONS MÉDICALES

### INITIALE ET CONTINUE : LES CLÉS POUR RÉUSSIR LA MUTATION

**16- Augmenter la proportion de médecins généralistes de 40% aujourd'hui à 50% des médecins formés.**

*Le fonctionnement cohérent du système de santé réclame cette proportion de médecins généralistes. Sans attendre, il faut valoriser la médecine générale dans la formation initiale dès le 2ème cycle des études médicales.*

**17- Cesser d'augmenter le nombre de médecins en formation !**

*L'explosion actuelle du nombre d'étudiants est synonyme de pléthore dans 20 ans si on n'y prend pas garde. Elle risque d'avoir les mêmes conséquences désastreuses en termes de désorganisation, de baisse de qualité et d'envolée des coûts que celles que nous avons connues dans les années 80.*

**18- Organiser une 4ème année de troisième cycle professionnalisante en ambulatoire.**

*Cette 4ème année permet l'exercice en autonomie de 3 400 internes tous les ans.*

*A la fin de la formation, l'étudiant doit être prêt à exercer ce qui n'est pas le cas avec 3 ans de DES. C'est le Diplôme d'Etudes Spécialisées le plus court alors qu'il doit former à l'exercice le plus différent du contexte hospitalier des 2 premiers cycles et à un champ d'exercice très large avec des compétences spécifiques.*

**19- Doubler le nombre de postes d'enseignants en médecine générale. Et former un grand nombre de maitres de stage.**

*Il y a actuellement 13 000 étudiants en 3ème cycle, avec un ratio de 63 étudiants pour un enseignant universitaire équivalent temps plein (ETP) alors qu'il faudrait un maximum de 20/1. Il est tout aussi nécessaire de recruter et former des maitres de stages compte tenu de la réforme du 2ème cycle et de l'augmentation du nombre d'étudiants.*

**20- Développer la formation continue pour répondre à la nécessité de faire évoluer notre métier et de l'adapter au travail collaboratif.**

*La formation continue prépare à l'évolution de l'exercice médical qui devient managérial, collaboratif et adapté aux enjeux sanitaires et environnementaux.*

*Cette formation doit être sanctuarisée pour donner aux médecins généralistes le nombre de jours de formation dont ils ont besoin pour offrir les meilleurs soins à la population.*

## En savoir plus ...

### A. Sur la formation des étudiants : combien, comment ?

Depuis 2019<sup>1</sup>, le numerus clausus a été remplacé par une planification pluriannuelle du nombre de professionnels à former sur cinq ans (premier exercice 2021-2025) pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants, adaptée au territoire<sup>2</sup>.

Cette nouvelle approche repose sur une concertation entre acteurs nationaux et régionaux (Ministère, Université, ARS, ONDPS), elle s'appuie sur une approche territoriale et prospective des besoins en professionnels de santé, en fonction des besoins de santé ajustés sur les évolutions de la structure d'âge de la population.

Autre caractéristique, cette planification s'adaptera à l'évolution régulière des besoins de santé et de l'organisation des pratiques (déploiement de l'exercice coordonné, temps de travail des professionnels de santé, aspiration à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, féminisation), aux modifications de l'implantation des médecins installés, aux nouvelles modalités d'accès aux études de santé ou encore aux politiques publiques orientées vers des priorités de santé faisant intervenir d'autres professions et enfin aux capacités de formation des universités.

Il s'agit d'un dispositif plus souple et plus adapté aux caractéristiques territoriales que le numerus clausus. Compte-tenu de la durée de la formation, les premiers effets se feront sentir en un peu avant 2030 pour les médecins généralistes comme en attestent les projections démographiques de la DREES.

Il ne s'agit donc pas d'augmenter le nombre d'étudiants à l'aveugle et arbitrairement à l'échelon national mais de réfléchir de manière raisonnée, concertée, adaptée et **ré-évaluée** régulièrement au niveau régional.

Ainsi l'ONDPS dans ces propositions pour les objectifs nationaux de professionnels à former (ONP) pour la période 2021-2025<sup>3</sup> préconise une réévaluation concernant les médecins avant 2025 afin de prendre en compte « le risque qu'un nombre trop important de médecins à échéance d'une vingtaine d'années aboutisse à des difficultés d'insertion professionnelle et/ou à des pratiques inappropriées »

Les travaux de Brigitte Dormont et Anne-Laure Samson<sup>4 5 6</sup> ont en effet montré un lien entre démographie médicale des médecins généralistes, revenus et consommation de soins, induit par le paiement à l'acte « *Le paiement à l'acte a pour première conséquence d'exposer les médecins à la concurrence de leurs confrères : sur la période 1983-2004, on trouve que, toutes choses égales par ailleurs, l'arrivée de dix généralistes dans le département d'exercice d'un médecin entraîne une diminution de ses honoraires de 2,5 %. Au niveau régional, on observe également des écarts moyens d'honoraires liés à la densité médicale. D'autres estimations ont montré que les médecins qui se trouvent limités dans leur activité, à la suite d'une augmentation de la densité, compensent le rationnement ainsi subi sur le nombre de consultations en augmentant le volume de soins fournis au cours de chaque rencontre. Ce comportement de demande induite leur permet de préserver un revenu sinon menacé par la concurrence. Au niveau global, il entraîne une surconsommation médicale dommageable pour l'efficacité du système de soins. Dans le contexte du paiement à l'acte, le nombre de médecins influence donc de façon décisive le montant de leurs revenus.* »<sup>4</sup>.

### Augmenter le nombre d'étudiants ne saurait suffire

Interrogées dans le cadre de la concertation sur les objectifs nationaux de professionnels à former (ONP)<sup>3</sup>, les ARS ont identifiés quatre leviers principaux afin que les effets de cette adéquation se fassent ressentir sur le terrain :

- ❖ Améliorer la fidélisation des professionnels dans les zones peu attractives par un accompagnement logistique ou financier qui sous-tend une révision régulière du zonage
- ❖ Assurer une continuité des offres de formation entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> cycle en développant les offres de stage pour diversifier les parcours de formation, en valorisant l'activité et le statut des maîtres de stage universitaires (MSU), mise en place de « territoires universitaire de stage » pour développer les stages hors CHU
- ❖ Transformer l'organisation des soins en développant les structures d'exercice coordonné, de nouveaux modes d'organisation et la coopération.
- ❖ L'appropriation des nouvelles technologies telle que la télémédecine

Points par ailleurs identifiés par les étudiants et jeunes diplômés comme déterminants pour leur installation<sup>7</sup>.

### Augmenter le nombre de maîtres de stage universitaires

En novembre 2021, lors d'un déplacement dans le Nord<sup>8</sup>, le Président de la République déclarait « *Et donc, en permettant à avoir le maximum de médecins qui vont encadrer et être maîtres de stage pour nos externes et nos internes, parce qu'à chaque fois qu'on a un externe ou un interne qui vient dans une de vos communes, auprès d'un médecin généraliste, dans une maison de santé, dans le centre hospitalier de périphérie, il découvre ce que c'est que l'expérience de la vie dans votre territoire, et une fois sur je ne sais combien, on multiplie nos chances de le garder ou de la garder et qu'il ou elle s'installe* ».

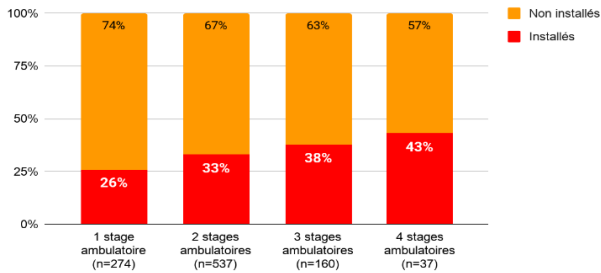
## FORMATIONS MEDICALES INITIALE ET CONTINUE : LES CLES POUR REUSSIR LA MUTATION

Une enquête menée par l'Intersyndicale des internes en médecine générale (ISNAR-IMG) publiée en janvier 2020<sup>9</sup> confirme l'impact des stages en ambulatoire sur les installations tant en termes de nombre, de délai que de lieu. Effet d'autant plus important que le nombre de stage était élevé. « Les stages ambulatoires offrent l'opportunité de « créer et perfectionner un projet professionnel et de commencer à construire un réseau de professionnels dans le territoire rencontré. On peut également l'expliquer par le fait que les jeunes et futurs généralistes s'installent dans des exercices et des zones qu'ils connaissent. Les leur faire découvrir est donc indispensable ».

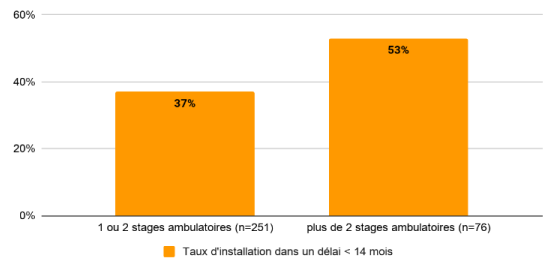
### Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS Enquête de l'ISNAR-IMG – Janvier 2020



Impact du nombre de stages ambulatoires sur l'installation des jeunes généralistes

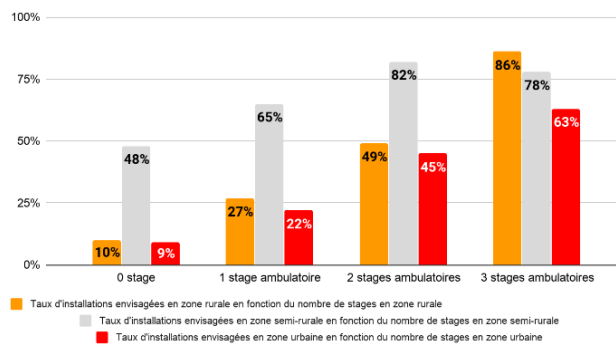


Délai d'installation effective en fonction du nombre de stages réalisés



### ❖ Impact des stages ambulatoires sur la zone d'installation

Impact du lieu des stages ambulatoires réalisés sur les caractéristiques géographiques des installations souhaitées



### Yohan Saynac,

Ancien chef de clinique en médecine générale, médecin généraliste à Pantin, Seine Saint-Denis

proposition n°19

#### Doubler le nombre de postes d'enseignants en médecine générale. Et former un grand nombre de maîtres de stage.

En 2018 j'ai créé avec des amis une MSP en Seine Saint Denis et le Département de Médecine Générale (DMG) de l'université Paris 13 m'a proposé un poste de chef de clinique universitaire.

Ce rôle s'articule autour de différents axes : l'enseignement, la recherche, l'organisation des stages d'internes et d'externes, la direction de thèse, la certification des étudiants... Plus de la moitié de notre temps universitaire est mobilisé pour des tâches de secrétariat, avec un ratio enseignants titulaires / étudiants extrêmement bas. Quel temps perdu pour expliquer aux Maîtres de Stage des Universités (MSU) les raisons pour lesquelles leur rémunération n'est pas versée depuis 1 an et demi ! Et quelle recherche sans assistants de recherche clinique ?

Stress, burn out, inefficience, voici le revers de la médaille de l'enseignement universitaire en médecine générale, faute de moyens. Les étudiants sont les premiers à en pâtir.

Après trois ans plus tard, je quitte ce poste avec la furieuse envie d'y retourner lorsque les conditions le permettront, ce n'est aujourd'hui pas le cas.

Investir dans l'enseignement en médecine générale, c'est former des enseignants de haut niveau, c'est permettre des liens forts avec le territoire. Ainsi tous les projets de portés par la CPTS font l'objet d'une ou plusieurs thèses en médecine générale.

**Investir dans l'enseignement en médecine générale, investir dans les médecins généralistes de demain.**

Selon les dernières données collectées par le syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG) et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE)<sup>10</sup>, 11 837 Maîtres de Stage des Universités (MSU) accueillent des étudiants de 3<sup>ème</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle au 1<sup>er</sup> janvier 2021 soit une progression de 7 % par rapport à l'année précédente.

S'il faut saluer cette progression, des investissements importants sont encore à fournir par les pouvoirs publics pour que tous les étudiants puissent enfin réaliser le nombre de stages fixé dans la maquette du 3<sup>ème</sup> cycle ;

Pour augmenter le recrutement des maîtres de stage, le SNEMG propose aussi de :

- ❖ Lutter contre les retards de rémunération des Maîtres de Stage des Universités (MSU) et valoriser leur rémunération ;
- ❖ Augmenter les possibilités de formation de la maîtrise de stage dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) plutôt que de les réduire 2 ;
- ❖ Maintenir que la formation à la maîtrise de stage soit réalisée par les enseignants de la discipline ;
- ❖ Favoriser le déploiement des maisons de santé universitaires et leur garantir les moyens pérennes de fonctionnement dont elles sont privées depuis leur mise en place en 2017 ;
- ❖ Intégrer pleinement les MSU au sein des universités en leur permettant, d'une part, d'accéder aux ressources bibliographiques des bibliothèques universitaires et, d'autre part, d'être représentés au sein des conseils facultaires



### Augmenter le nombre d'enseignants en médecine générale

Depuis la création de la sous-section « Médecine Générale » au sein du Conseil National des Universités, la nomination des professeurs et maîtres de conférence des universités de médecine générale se font par leurs pairs généralistes.

En novembre 2019, dans un communiqué<sup>1 2</sup>, le SNEMG constatait une légère amélioration du ratio enseignants équivalent temps plein / étudiants en médecine générale avec un enseignant ETP pour 80 étudiants. En 2016, on comptait 1 enseignant ETP pour 99 étudiants.

	1 <sup>er</sup> janvier 2019	1 <sup>er</sup> janvier 2018	1 <sup>er</sup> janvier 2017
Etudiants inscrits en 2 <sup>e</sup> cycle (DFASM)	25495	25685	25825
Etudiants inscrits en 3 <sup>e</sup> cycle de MG	14858 (-3,2%)	15187	15443
• En stage	10665 (-3,4%)	11043	11443
• Ayant terminé leurs stages (sans avoir validé leur diplôme)	4193 (+1,2%)	4144	4000
Nombre d'enseignants exprimé en équivalent temps plein (ETP)*	185,5 (+5,1%)	176,5	182,5
Ratio enseignants ETP/étudiants	1/80 (+7,5%)	1/86	1/84,6

\*enseignants universitaires titulaires (temps plein) et associés (mi-temps)

Ces chiffres sont encore loin des recommandations du rapport remis en 2015 par le Pr Pierre-Louis Druais<sup>13</sup> à Marisol Touraine, Ministre de la santé : « Pour 11 000 internes en T1 T2 T3, environ 15 000 internes dans le D.E.S, la création et l'organisation de l'enseignement en 2<sup>ème</sup> cycle et le développement des stages en 2<sup>ème</sup> cycle, il est raisonnable d'envisager un ratio de 1 poste équivalent temps plein pour 30 internes (moins d'1/10 dans les autres filières), soit un objectif le plus rapidement possible de 500 équivalents temps plein (versus plus de 5 000 ETP hospitalo-universitaires), soit 250 titulaires temps plein et 500 associés mi temps pour remplir ses fonctions »

### Références

1. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** JORF n°0167 du 22 juillet 2009 \_ [Lien](#)
2. **Art. R. 631-1-6** du Code de l'éducation \_ [Lien](#)
3. **Conférence Nationale du 26 mars 2021. Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025). Rapport et propositions.** Observatoire national de la démographie des professions de santé. Mars 2021 \_ [Lien](#)
4. Dormont B, Samson A. L. **Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France.** Revue française des affaires sociales. 2011/2 | pages 156 à 179 \_ [Lien](#)
5. Dormont B., Samson A.-L. **Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations.** Économie et Statistiques. 2009, n° 414, p. 3-30\_ [Lien](#)
6. Delattre E., Dormont B. **Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians.** Health Economics. 2003. n° 12. p. 741-754 \_ [Lien](#)
7. **Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires.** Commission jeunes médecins du CNOM. 2019 \_ [Lien](#)
8. **Déplacement du président Emmanuel Macron dans le nord et dans l'Aisne.** Elysée. Novembre 2021 \_ [Lien](#)
9. **Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes. Exemple du stage SASPAS.** Enquête de l'ISNAR-IMG – Janvier 2020 \_ [Lien](#)
10. **Grâce au travail des Collèges et des DMG, près de 12 000 Maîtres de Stages des Universités exercent en France en 2021.** Communiqué de presse. CNGE & SNEMG. 30 novembre 2021 \_ [Lien](#)
11. **La formation, tremplin vers l'installation en Médecine Générale.** Dossier de presse. ISNAR-IMG – Janvier 2020 \_ [Lien](#)

## En savoir plus ...

### B. Sur la quatrième année professionnalisante

Dans un communiqué publié en Juin 2019, suite à la proposition des Sénateurs au travers d'un amendement lors des discussions sur la proposition de loi dite « RIST » de transformer la 3<sup>ème</sup> année du DES de médecine générale en année professionnalisante, le CNGE<sup>1</sup> a pris position pour une année professionnalisante MAIS dans le cadre d'une « 4<sup>e</sup> année du DES de médecine générale dans les territoires »

*« La proposition des sénateurs ne peut en aucun cas être mise en œuvre en 3<sup>e</sup> année du DES. Cependant, le principe de l'année professionnalisante de formation dans les territoires est exactement le projet qu'il faut et qui manque aujourd'hui pour la formation des étudiants et pour la démographie médicale.*

*Il est équivalent au projet de 4<sup>e</sup> année du DES de médecine générale que les universitaires réclament depuis plusieurs années. Les patients, les territoires, les étudiants ont besoin de cette 4<sup>e</sup> année professionnalisante. Elle permettra aux futurs généralistes de connaître l'exercice dans les territoires, de s'y former et de s'y préparer pour s'estimer prêts à y exercer ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Les sénateurs avaient eux-mêmes envisagé cette année comme une 4<sup>e</sup> année pour le DES médecine générale puis ont renoncé à cette option devant l'opposition du gouvernement.*

*Cette solution d'avenir s'impose pourtant aujourd'hui d'évidence. Les syndicats des internes et des enseignants de médecine générale réclament à juste titre que des moyens décents soient consacrés à la filière universitaire de médecine générale, qui souffre toujours d'un retard considérable par rapport aux autres disciplines. Il y a urgence à investir dans ce projet.*

*Il ne reste aujourd'hui qu'à convaincre les ministres que les territoires, les patients, les étudiants et la médecine générale méritent cette 4<sup>e</sup> année indispensable pour l'accès aux soins et la santé des Français. »*

A la position exprimée par le CNGE, l'ISNAR-IMG, syndicat des internes en médecine générale, répond en juin 2021 par une contribution<sup>2</sup> au projet de 4<sup>ème</sup> année s'organisant autour d'un cahier des charges dont le but est d'offrir « ... des garanties en termes de qualité de formation, d'intérêt pédagogique et de nombre suffisant d'encadrants. »

- ❖ *Aucune structure sans médecin thésé, c'est-à-dire auto-entretenu par des DJA (docteurs juniors ambulatoires) et/ou internes, ne pourra être mise à disposition pour la réalisation de ce stage.*
- ❖ *Le terrain de stage pour la phase de consolidation, géré par un médecin thésé collaborateur, devra remplir un cahier des charges pour être agréé. Celui-ci précisera les modalités d'accueil de l'interne avec a minima :*
  - *Informatisation des dossiers avec logiciel médical permettant une télétransmission ;*
  - *Mise à disposition de protocoles d'urgence ;*
  - *Mise à disposition de locaux décents pour l'exercice ;*
  - *Mise à disposition du matériel nécessaire à l'exercice ;*
  - *Mise à disposition d'un carnet d'adresse de professionnels exerçant sur le territoire afin de disposer d'informations sur les recours et orientations possibles. Les terrains de stage ainsi agréés pourront être choisis par les internes selon une procédure type Big Matching, incluant les desideratas de mobilité interrégionale en accord avec le projet professionnel.*
- ❖ *S'agissant d'un exercice professionnalisant, survenant après validation du SASPAS, témoignant de l'acquisition d'un niveau de compétence suffisant, les consultations seront réalisées immédiatement en autonomie sous supervision indirecte.*
- ❖ *La séniorisation du DJA sera obligatoirement assurée par un MSU territorial, qui devra être toujours distinct du « médecin collaborateur pour Docteur Junior Ambulatoire ». A cette fin, le MSU territorial disposera de tous moyens de communication téléphonique ou de visioconférence lors des jours et sur les horaires où le DJA consulte. Le MSU territorial devra pouvoir se déplacer sur le terrain de stage de l'interne en phase de consolidation dans un délai maximum de 20 minutes.*
- ❖ *Un débriefing hebdomadaire des consultations ayant posé problème à l'interne, sera systématiquement réalisé.*

Afin d'accueillir les internes et docteurs juniors de cette 4<sup>ème</sup> année, devraient ainsi se construire des lieux de stage professionnel innovants, contribuant à la définition de nouvelles organisations professionnelles s'appuyant sur les collaborateurs du médecin traitant, proposant des réponses adaptées aux besoins de santé de territoires en difficultés.

Gageons que ces territoires deviendront ainsi assez attractifs pour susciter la vocation de jeunes médecins généralistes en quête d'un projet professionnel motivant et novateur.

### Références

1. **Une solution aux problèmes démographiques pour les patients répondant aux besoins de formation des étudiants : la 4<sup>e</sup> année du DES de médecine générale dans les territoires.** Communiqué de presse. CNGE. 11 juin 2019 \_ [Lien](#)
2. **Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale en 4 ans. Proposition de contribution issue de la commission éphémère de l'ISNAR-IMG.** Juin 2021 \_ [Lien](#)

## UN MÉDECIN TRAITANT POUR CHAQUE FRANÇAIS

### 1 Une priorité : soutenir les médecins généralistes

... dont l'exercice est mis en difficulté par le départ de leurs collègues plutôt qu'imposer d'inefficaces contraintes aux jeunes médecins. Consolider les ressources existantes est en effet fondamental. Les jeunes médecins ne s'installent pas dans un lieu sans ressources et sans équipements. En renforçant les médecins en exercice, l'installation retrouvée de l'attractivité dans ces territoires. Dans le cas contraire, on peut craindre que ces médecins ne quittent le territoire par un effet-domino lourd de conséquences.

### 2 Salariar les médecins n'est jamais l'unique solution :

... des salariés pour le médecin plutôt que des médecins salariés ! Les centres de santé territoriaux ou privés ne sont pas la seule solution aux déserts médicaux. Maintenir une offre des soins c'est apporter des conditions de vie de même ordre aux médecins libéraux. Un environnement attractif, ce sont des collaborateurs (assistants, secrétaires, infirmières) pour améliorer la qualité de vie au travail du médecin traitant. Un exercice professionnel libéral mieux soutenu permet de gagner du temps médical disponible.

### 3 Supprimer le ticket modérateur en soins primaires

... faciliterait l'accès aux soins de tous ceux qui en ont besoin. Trop de patients aux faibles revenus renoncent à des soins en raison d'un reste à charge trop élevé. La qualité d'un système de santé se mesure à l'accessibilité financière de tous aux soins de premier recours (OMS). Un médecin traitant pour chaque Français, c'est aussi l'absence de freins financiers pour consulter. Les médecins généralistes luttent contre les inégalités sociales de santé.

### 4 Soins non programmés : encourager et privilégier les organisations développées par les médecins du territoire

... qui préfigurent les CPTS et mieux rémunérer ceux qui participent. Alors que peine à se mettre en place le Service d'Accès aux Soins (SAS), s'appuyer sur les initiatives locales des médecins généralistes et des autres professionnels de santé est la réponse la plus pertinente aux demandes de soins de la population. Les médecins généralistes doivent rester les pilotes de ces dispositifs qui les concernent en premier lieu. Il est impératif d'aménager leurs horaires le soir et le samedi afin de les adapter à l'évolution de la société.

### 5 Inciter les médecins généralistes à être médecins traitants d'un nombre croissant de patients

... grâce à une rémunération plus attractive. Dès lors que leurs conditions d'exercice le permettent, il faut modifier les raisons d'agir des médecins en valorisant mieux l'accueil de nouveaux patients en recherche d'un médecin traitant. La convention médicale 2023 devra répondre à l'attente de la population qui porte cette demande légitime.

## UN PARTENARIAT ENTRE ÉLUS LOCAUX ET MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR L'ACCÈS AUX SOINS

### 8 Réfléchir avec les élus locaux

... à l'échelle du bassin de vie, à la répartition des professionnels et à l'implantation des cabinets et maisons de santé. Il s'agit d'établir en partenariat une cartographie des moyens disponibles et à venir, en s'appuyant sur les projections démographiques et les besoins de la population du territoire considéré.

### 9 Aménager pour les médecins généralistes des locaux adaptés à un exercice collaboratif

Le cabinet médical du futur regroupera le plus souvent médecins traitants, assistants médicaux, infirmières de pratique avancée et infirmières de santé publique, internes en médecine générale et stagiaires infirmières. Disposer d'une équipe de collaborateurs, c'est bien. Avec des locaux adaptés et équipés, c'est mieux. Les collectivités territoriales ont une carte à jouer pour renforcer l'attractivité des cabinets médicaux de leurs territoires.

### 6 Co-construire l'accès aux soins sur les territoires

... dans un espace de concertation entre professionnels de santé et élus locaux. Cet espace a un nom, c'est la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ou CPTS. Elles sont appelées à devenir un lieu de dialogue et d'organisation des soins entre professionnels du territoire et élus locaux. Et sans attendre, ouvrir ce dialogue entre partenaires.

### 7 Mettre un terme à la surenchère entre collectivités territoriales

La surenchère ne crée aucune ressource médicale nouvelle. Il convient au contraire de répartir au mieux l'offre de soins existants et à venir.

## LE BON SOIN AU BON ENDROIT, PAR LE BON PROFESSIONNEL !

### 10 Promouvoir la médecine générale

... dans un système de santé organisé et basé sur un premier niveau de recours. La médecine générale résout plus de 80% des problèmes de santé de première ligne. Le bon soin le plus pertinent, c'est en premier lieu l'accès aux soins primaires. La médecine générale garantit l'accès aux soins et la soutenabilité financière du système de santé, car le rapport coût/efficacité de la 1ère ligne est bien supérieur aux 2ème et 3ème lignes (cf. OMS).

### 11 Investir 1% du PIB dans les soins primaires comme le préconise l'OMS

Le système de santé français a oublié d'investir sur les soins de premier recours, se différenciant ainsi de ses voisins qui n'ont pas fait cette erreur. Notre sous-investissement sur les soins de ville se répercute sur l'hôpital dont la situation se dégrade quand la médecine de première ligne se défait.

### 12 Préférer la voie conventionnelle à la loi pour organiser les soins de ville

La convention médicale ainsi que les autres conventions entre l'Assurance maladie et les professions de santé garantissent aux patients des tarifs réguliers et des parcours de soins efficaces et coordonnés. Les professionnels de santé peuvent et doivent organiser eux-mêmes les parcours de soins des patients. Ils sont parfaitement capables de définir en concertation des guides de pratique coordonnés.

## LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ACTEUR EN SANTÉ PUBLIQUE, POUR LA PRÉVENTION ET LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

### 13 Reconnaître que le médecin généraliste est aussi un médecin de santé publique

Il est temps de consacrer cette pratique et de reconnaître au médecin généraliste ce rôle dont l'importance est devenue évidente dans la crise sanitaire. Un rôle méconnu mais très présent du médecin généraliste illustré par les exemples présentés ci-dessous.

### 14 Valoriser les actions du médecin généraliste

... médecin de famille, présent tout au long de la vie pour sensibiliser et informer sur les déterminants de la santé (facteurs de risque, environnement, etc.) Le médecin généraliste traite, médecin de la synthèse et de la durée, est un témoin privilégié des conditions de vie de ses patients, dans leur environnement familial, social et professionnel. Cette situation lui permet de prévenir et d'intervenir précocement le cas échéant dans une relation de proximité et de confiance. Une consultation de prévention devrait être proposée aux enfants comme aux âges clés de la vie de l'adulte.

### 15 Développer et valoriser les missions de santé publique du médecin traitant

... pour son patient pendant sa consultation, pour sa patientèle dont il assure le suivi, pour la population du territoire dans lequel il exerce. Le rôle du médecin traitant ne s'arrête plus à la fin de la consultation. Il se prolonge dans les actions entreprises pour la totalité de la patientèle sur laquelle il veille. Et de plus en plus il exerce, en partenariat avec les autres acteurs de son territoire, au service de la population au milieu de laquelle il exerce. La CPTS est le lieu où se réalisent des actions de santé publique pour la population, notamment des plans blancs pour les soins primaires dans lesquels les généralistes ont une place importante.

## FORMATIONS MÉDICALES INITIALE ET CONTINUE : LES CLÉS POUR RÉUSSIR LA MUTATION

### 16 Augmenter la proportion de médecins généralistes

... de 40 % aujourd'hui à 50 % des médecins formés. Le fonctionnement cohérent du système de santé réclame cette proportion de médecins généralistes. Sans attendre, il faut valoriser la médecine générale dans la formation initiale dès le 2<sup>e</sup> cycle des études médicales.

### 17 Cesser d'augmenter le nombre de médecins en formation !

L'explosion actuelle du nombre d'étudiants est synonyme de pléthore dans 20 ans si on n'y prend pas garde. Elle risque d'avoir les mêmes conséquences désastreuses en termes de désorganisation, de baisse de qualité et d'envolée des coûts que celles que nous avons connues dans les années 80.

### 19 Doubler le nombre de postes d'enseignants en médecine générale

... Et former un grand nombre de maîtres de stage. Il y a actuellement 13 000 étudiants en 3<sup>e</sup> cycle, avec un ratio de 63 étudiants pour un enseignant universitaire équivalent temps plein (ETP) alors qu'il faudrait un maximum de 20/1. Il est tout aussi nécessaire de recruter et former des maîtres de stages compte tenu de la réforme du 2<sup>e</sup> cycle et de l'augmentation du nombre d'étudiants.

### 18 Organiser une 4e année de troisième cycle professionnalisante en ambulatoire

Cette 4ème année permet l'exercice en autonomie de 3 400 internes tous les ans. À la fin de la formation, l'étudiant doit être prêt à exercer ce qui n'est pas le cas avec 3 ans de DES. C'est le Diplôme d'Études Spécialisées le plus court alors qu'il doit former à l'exercice le plus différent du contexte hospitalier des 2 premiers cycles et à un champ d'exercice très large avec des compétences spécifiques.

### 20 Développer la formation continue

... pour répondre à la nécessité de faire évoluer notre métier et de l'adapter au travail collaboratif. La formation continue prépare à l'évolution de l'exercice médical qui devient managérial, collaboratif et adapté aux enjeux sanitaires et environnementaux. Cette formation doit être sanctionnée pour donner aux médecins généralistes le nombre de jours de formation dont ils ont besoin pour offrir les meilleurs soins à la population.