

Place de la médecine générale dans le système de santé

Vincent Renard

PLAN DU CHAPITRE

Domaine administratif et organisationnel	4	Domaine universitaire	6
Domaine économique	5	Les enjeux de demain	7
Domaine démographique	5		

La médecine générale doit occuper une place particulière dans tout système de santé organisé en raison de sa définition et des rôles que sont destinés à assumer les médecins généralistes. Elle constitue l'étage médical des soins premiers/primaires, c'est-à-dire la médecine de première ligne, dont les caractéristiques sont définies au plan européen [1].

La médecine générale « gère les situations complexes et/ou incertaines, privilégie la clinique et ne recourt à la technique qu'en cas de nécessité; sa finalité n'est pas d'aboutir impérativement à un diagnostic étiologique mais de réaliser un diagnostic global de situation déterminant les procédures les plus favorables au patient à tout moment et dans une perspective sur la durée » (CNGE, CMG, 2017) [2].

Elle est à différencier de la médecine de deuxième ligne, relevant des soins secondaires, définie comme la médecine de recours à une expertise ciblée, ponctuelle ou répétée, et de la troisième ligne relevant des soins tertiaires, définie comme la médecine nécessitant un plateau technique significatif et un environnement hospitalier pour gérer les situations graves et/ou compliquées.

L'OMS, depuis Alma Ata en 1978 jusqu'à Astana en 2018, souligne l'importance de la première ligne pour l'efficacité et l'efficacité du système de santé : « 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. »

Les productions scientifiques depuis plus de vingt ans, de Barbara Starfield jusqu'à l'étude publiée par le JAMA en 2019 en passant par les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), accréditent l'idée qu'une corrélation existe entre un plus grand nombre de médecins généralistes exerçant dans les

territoires et l'amélioration des indicateurs de santé dans ces derniers [3]. Cette corrélation est unique au sein des spécialités médicales et s'inscrit en cohérence avec les préconisations de l'OMS.

Le système de santé français ne s'est pas construit de manière organisée. La place de la médecine générale résulte d'une histoire et de politiques publiques paradoxales qui peuvent expliquer les limites du fonctionnement du système et de son efficacité.

Ce système a été profondément modifié et marqué par le développement du fait universitaire (enseignement et recherche) et de son alliance avec l'hôpital, permise et structurée par les ordonnances Debré (1958, 1962).

Ce développement s'est inscrit dans la conception maintes fois critiquée de l'enseignement en France, dont l'objectif historique, même implicite, est de dégager une élite plutôt que de former à l'excellence l'ensemble des apprenants.

Les ordonnances Debré visaient à structurer un corps médical de haut niveau contribuant à la renommée scientifique du pays autant qu'aux services rendus à la population [4]. Elles ont concentré les moyens, le développement technologique et scientifique, dans les centres hospitaliers et universitaires dont le développement contemporain des grands progrès de la médecine de ces dernières décennies a permis le rayonnement d'une médecine spécialisée d'excellence. La formation médicale a ainsi dégagé une élite hospitalo-universitaire de plus en plus nombreuse selon les propres critères de cette dernière, qui a profondément imprégné le paysage sanitaire. A contrario, son exercice ambulatoire et son éloignement des structures hospitalo-universitaires ont relégué la médecine générale « au mieux à une discipline d'exercice, sans fondement théorique, sans enseignement spécifique, sans recherche, dans une situation d'exclusion du mouvement universitaire médical » [5].

Il a fallu de multiples rapports et travaux, l'influence de l'OMS, des structures européennes et des militants de la

médecine générale, pour reconnaître cette dernière comme une spécialité et l'intégrer récemment dans l'Université.

La place de la médecine générale dans le système de santé s'est nettement améliorée depuis 20 ans. Elle reste marquée notamment dans les domaines administratif, économique, démographique et universitaire par le handicap accumulé durant les 50 années précédentes.

Domaine administratif et organisationnel

La médecine générale existait historiquement en creux dans le système administratif, sans bénéficier d'une reconnaissance effective.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 instituant le principe de l'internat pour tous, a entériné de facto la spécialité médecine générale. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a défini d'une part les soins de premier recours auxquels «*concourent les médecins traitants*», d'autre part les missions du «*médecin généraliste de premier recours*», reconnaissant son rôle de première ligne. Il était significatif que la loi du 13 août 2004 n'attribuât pas la fonction de médecin traitant aux médecins généralistes en laissant la possibilité de cette fonction à «*un médecin généraliste ou spécialiste*», possiblement hospitalier. La négociation des termes de ces dispositions conventionnelles traduisait la volonté d'une coordination des soins, sans réserver aux médecins généralistes ces fonctions de coordination et de gestion du dossier médical du patient. La loi HPST ne levait pas cette ambiguïté, en ne liant pas médecine générale, premier recours, coordination et prise en charge globale. Elle accréditait encore que la formule «*médecin généraliste pivot du système de soins*» soit «*incantatoire et abstraite*» [6].

Toutefois, les pouvoirs publics prenaient en compte l'intérêt de la gouvernance du champ de la santé ambulatoire pour qu'en 2010 (décret du 15 mars), la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) devienne la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et que soient créées les agences régionales de santé (ARS). Cet intérêt traduisait un début d'évolution du système de santé au-delà d'une vision exclusivement hospitalière.

Ce n'est qu'en 2016 que la loi de modernisation du système de santé prévoyait explicitement à travers la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'existence d'un étage administratif pour structurer les soins de première ligne dans le champ ambulatoire. Ce dispositif a été précisé par la loi de juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, sa mise en place ne se faisant que très progressivement, avec des moyens pour le moment très limités. Pour éclairer les enjeux, on peut rapprocher les effectifs du personnel administratif du secteur hospitalier public supérieur à 100 000 agents (DREES, dossier n° 69, décembre 2020), des besoins futurs de 1 000 CPTS à l'échelon national. Pour le moment, si la première ligne et la médecine générale n'ont pas les fonctions supports nécessaires à une organisation efficace dans les territoires, elles bénéficient toutefois d'une

construction administrative permettant de l'envisager à terme si la volonté politique les soutient.

Concomitamment, le paysage professionnel est en forte mutation. L'exercice collectif et pluriprofessionnel se développe très rapidement.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été introduites dans le Code de santé publique en 2007. Le début de ce nouveau mode d'exercice a été très progressif (291 MSP en janvier 2013); les créations sont maintenant nombreuses. Le ministère des Solidarités et de la Santé recensait 1 889 MSP en juin 2021 et 336 projets étaient en cours. Dès 2013, l'IRDES énonçait que le déploiement des maisons de santé se faisait «*majoritairement dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre et proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes*¹», répondant ainsi de manière appropriée aux besoins de la population. L'installation dans ces structures collectives et pluriprofessionnelles correspond par ailleurs aux vœux majoritaires des étudiants comme de leurs enseignants exprimés de manière récurrente dans les enquêtes conduites dans les facultés, comme dans celles de la DREES.

En 2019, selon cette dernière, 61 % des médecins généralistes exerçaient en groupe (+ 7 % en 10 ans) et 81 % des moins de 50 ans avaient opté pour cet exercice collectif [7].

De surcroît, l'exercice en MSP «*semble s'accompagner d'une meilleure réponse aux objectifs de santé publique tels que mesurés par la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique)*²».

Pour viser de meilleures pratiques ainsi qu'un meilleur bénéfice individuel et collectif pour la santé des patients, l'objectif est que l'exercice en groupe ne soit pas la somme d'exercices individuels mais résulte d'un projet de santé partagé entre professionnels, de collaborations intra- et interprofessionnelles effectives. Tel est l'enjeu de la mutation du paysage sanitaire de première ligne et du développement des MSP.

L'organisation d'une médecine générale de première ligne reconnue maille le territoire et dispose des moyens nécessaires pour remplir ses fonctions : être un recours pour toute demande de soins et d'expertise sur la santé de chacun et régler plus de 80 % des demandes, pour n'adresser que les patients ayant réellement besoin des soins de deuxième et troisième lignes. Ce dispositif a été décrit collectivement par les acteurs de la médecine générale dans le *Manifeste pour un système de santé organisé*, publié par le Collège de la médecine générale et relayé par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), composante académique de la profession [2].

De l'exercice collectif interprofessionnel au sein des MSP, en passant par les établissements communautaires sanitaires de proximité (ESCP) décrits par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, jusqu'aux moyens administratifs et financiers donnés aux CPTS, le système sanitaire pourrait être orienté vers les soins premiers/primaires au bénéfice des patients et de la collectivité.

¹ IRDES. Questions d'économie de santé. Septembre 2013, n° 190.

² IRDES. Questions d'économie de santé. Mai 2021, n° 258.

Domaine économique

L'évolution traduit paradoxalement la part économique de moins en moins importante consacrée à la médecine générale dans le système de santé, a contrario de l'affichage politique sur l'importance de la médecine de première ligne.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée en France en 2020 à 209 milliards d'euros (+ 17 % en 10 ans, + 10 % en euros constants), soit 3 109 euros par habitant [8]. Le budget de l'hôpital est passé de 46 à 48 % de la dépense en 10 ans (de 35 à 37,5 % pour l'hôpital public). Le budget relatif aux soins des médecins du secteur ambulatoire est resté assez stable, celui des médicaments également, alors que l'augmentation a été importante pour les transports et les auxiliaires médicaux (+ 40 %).

La diminution structurelle la plus notable concerne les honoraires des médecins généralistes. Ces honoraires représentaient 5 % de la CSBM en 2011, 4,8 % en 2016 et 4,6 % en 2020. Ils représentaient 87 % des honoraires des autres médecins spécialistes en 2011, 84 % en 2016 et 80 % en 2020, la masse des honoraires en clinique privée n'étant pas prise en compte dans ce calcul alors qu'elle constitue plus de 35 % d'honoraires supplémentaires pour les autres médecins spécialistes.

Les honoraires des médecins généralistes sont constitués pour 76 % par les actes (consultations 67 % et visites au domicile 9 %), pour 18 % par les rémunérations forfaitaires, et pour 6 % par les actes techniques. Ils sont constitués pour 77 % par les actes techniques pour les spécialistes non généralistes.

La rémunération des professionnels médicaux suit la même tendance. Cette dernière n'est pas spécifiquement française. Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes non généralistes est supérieure à celle de ces derniers. En revanche, les statistiques de l'OCDE pour la période 2010–2019 montrent pour la France une aggravation de l'écart de rémunération alors qu'il existe une tendance à la correction pour des pays comparables (Autriche, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Australie).

L'OCDE estime pour la France le revenu des médecins généralistes à environ 3 fois le salaire moyen/médian contre 5,1 pour le revenu du spécialiste non médecin généraliste, soit 70 % de plus que celui du médecin généraliste. Ce déséquilibre s'observe dans des pays comparables comme la Belgique ou le Canada ; il est beaucoup moins marqué aux Pays-Bas (40 % de plus) ou en Allemagne (20 % de plus)³.

Cela porterait le revenu moyen du médecin généraliste entre 68 000 et 82 000 euros par an. Les chiffres de la DREES évaluent le revenu des médecins généralistes plutôt à 91 000 euros par an, contre 151 000 euros pour les spécialistes non médecin généraliste, avec un déséquilibre de proportion équivalente à celle relevée par l'OCDE.

Pour les médecins généralistes, le temps de travail hebdomadaire très important quoique de plus en plus hétérogène

au sein de la profession, aboutit au constat d'une profession médicale parmi les moins bien rémunérées. Les seules spécialités à revenus comparables sont celles où l'activité clinique et intellectuelle est prépondérante avec peu d'actes techniques, comme les pédiatres par exemple.

Domaine démographique

La démographie médicale est en 2022 sous les feux de l'actualité compte tenu de la difficulté d'accès aux soins d'une partie de la population et de la volonté des élus de trouver des solutions à court terme.

Le débat est souvent centré autour de la médecine générale, car l'absence de la médecine de première ligne a un impact immédiatement visible et retentit sur les indicateurs de santé.

La Caisse nationale d'Assurance Maladie a annoncé en décembre 2021 que 11 % de la population n'avait pas de médecin traitant (versus 9,8 % en 2017), soit environ 6 millions de personnes. Parmi eux, plus de 3 millions de personnes ont moins de 16 ans avec un déficit d'inscription des enfants lié au caractère récent du dispositif les concernant ; 1 million de personnes ont plus de 60 ans ; 620 000 ont une affection de longue durée et ont à l'évidence besoin de soins.

L'évaluation des besoins est difficile car il existe une grande différence entre les diplômés de médecine générale et les professionnels généralistes exerçant la médecine générale. Les premiers, classés en omnipraticiens, sont 94 538 en 2021 selon la DREES [9]. Les seconds sont à la même période selon l'Assurance Maladie environ 52 500. Ce chiffre correspond aux professionnels exerçant réellement la médecine générale en contexte ambulatoire.

Selon la DREES, la densité est donc de 140 omnipraticiens pour 100 000 habitants mais la réelle densité de médecins généralistes est de 78 pour 100 000 habitants selon les chiffres de l'Assurance Maladie.

La grande différence entre ces chiffres est due à plusieurs facteurs. Pour une faible part, quelques milliers de professionnels omnipraticiens exercent le plus souvent en libéral une activité exclusive dite à exercice particulier et ne correspondant pas à un exercice conforme aux données de la science, ni à la définition européenne de la médecine générale. Pour la part de loin la plus importante, plusieurs dizaines de milliers de professionnels exercent une activité en très grande majorité salariée dans des établissements de santé et donc sans rapport avec une médecine de première ligne. Ces professionnels sont issus de la formation en médecine générale, soit avant le diplôme d'études spécialisées (DES de médecine générale) en 2004 où le troisième cycle de médecine générale ne débouchait pas sur une spécialité, soit avant la réforme du DES de médecine générale de 2017 où l'exposition à la médecine générale se limitait la plupart du temps à 6 mois et où il était difficile d'y forger une identité professionnelle. Ainsi, des contingents entiers d'étudiants du troisième cycle de formation en médecine générale ont été recrutés par les services hospitaliers malgré les nombreuses alarmes émises par les universitaires de médecine générale. La DREES comptabilise presque 20 000 diplômés

³ Panorama de la santé 2021 : les indicateurs de l'OCDE. Disponible https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr

de médecine générale salariés des établissements de santé pratiquant la médecine hospitalière, et presque 15 000 salariés dans d'autres établissements que des hôpitaux.

L'absence de phase de consolidation dans le DES de médecine générale et donc d'année professionnalisante est un handicap pour que les étudiants en médecine générale soient prêts à s'installer à l'issue du DES.

Le nombre total de médecins est globalement stable depuis 10 ans, mais le nombre des diplômés de médecine générale a diminué de 5,6 %, alors que les effectifs des autres spécialités ont augmenté de 6,4 %. En termes de diplômés de médecine générale, les 94 538 représentent 44 % des 214 000 médecins en exercice mais, en termes de médecins généralistes, les 52 500 professionnels représentent à peine 25 % des médecins en exercice compte tenu du problème d'orientation des diplômés évoqué ci-dessus.

Ce déséquilibre en défaveur de la médecine de première ligne puise ses racines dans une gouvernance historiquement hospitalo-centrée du système de santé.

Sans aller jusqu'aux préconisations du grand rapport de la commission pour la libération de la croissance française sous la direction de Jacques Attali en 2008 qui préconisait un ratio de 80 % de médecins généralistes pour 20 % de spécialistes hors médecine générale, il est communément admis qu'un système de santé organisé efficient devrait comporter au moins 50 % de médecins de première ligne. Nous en sommes donc très loin, ce qui pénalise la qualité des soins, l'exercice médical en soins primaires et le fonctionnement du système de santé.

La répartition géographique est d'interprétation difficile pour les médecins généralistes car les statistiques de la DREES ou de l'Ordre des médecins prennent en compte les diplômés de médecine générale et pas uniquement les médecins exerçant la médecine générale, alors que les premiers sont bien plus nombreux que les seconds.

Compte tenu de la proportion réelle de 25 %, il n'existe aujourd'hui aucune zone du territoire surdotée en médecins généralistes et les besoins sont partout. L'exemple de Paris et de l'Ile-de-France est éloquent. Le nombre de médecins diplômés de médecine générale en exercice est équivalent à la moyenne nationale en Ile-de-France, supérieur à Paris intra-muros, mais la concentration très forte en hôpitaux où beaucoup de ces diplômés exercent une médecine hospitalière enlève beaucoup de signification à cette statistique. Le nombre de patients sans médecin traitant en Seine-et-Marne est important et la petite couronne n'échappe pas à cette règle avec 13 % de patients sans médecin traitant.

Le maillage du territoire par les médecins exerçant la médecine générale reste toutefois de loin le meilleur de toutes les spécialités confondues.

Aujourd'hui, les médecins généralistes ont en moyenne 941 patients enregistrés auprès d'eux en tant que médecin traitant et ce nombre a augmenté d'environ 4 % ces quatre dernières années. Pour que l'ensemble de la population française ait un médecin traitant, il faudrait que chaque médecin généraliste ait un peu plus de 1 250 patients enregistrés, ce qui nécessiterait que les médecins aient un temps médical préservé et des emplois supports pour les aider dans leur activité professionnelle.

Domaine universitaire

Formation

Après le tronc commun des deux premiers cycles, la formation en médecine générale est organisée en un diplôme d'études spécialisées (DES) de 3 ans. Ce DES est singulier puisqu'il est le plus court de toutes les spécialités et qu'il est le seul à ne pas comporter une phase de consolidation, après les phases dites « socle » et « d'approfondissement ».

Sur le plan pédagogique, la nécessité d'une phase de consolidation est pourtant d'évidence. Le DES de médecine générale doit faire passer les étudiants d'un modèle hospitalier du deuxième cycle à un modèle ambulatoire avec des situations cliniques, des données de la science, des démarches et des décisions spécifiques, leur permettre de construire des compétences dont l'ensemble est différent de celles des spécialités hospitalières, les conduire à structurer un projet professionnel en dehors du contexte hospitalier et s'appropriier la vie professionnelle dans ce contexte nouveau. Il est donc paradoxal de s'alarmer des freins à l'installation en médecine générale sans agir sur le levier de la formation initiale permettant de la favoriser.

En dehors de cette anomalie, la réforme de 2017 a permis de réelles avancées pour la formation en médecine générale. Après l'étape de 2004 faisant de la médecine générale une spécialité, celle de 2017 a permis de mettre une œuvre de maquette de formation plus cohérente avec un minimum de deux semestres en médecine générale (au lieu d'un seul), avec la possibilité, dans quelques cas, de réaliser trois voire quatre semestres de formation en médecine de première ligne [10].

Elle a permis de sortir de la formation en médecine générale les étudiants se destinant notamment à la médecine d'urgence et à la gériatrie, en créant des DES spécifiques à ces disciplines. Le DES de médecine générale n'est donc plus un DES de « passage » pour d'autres disciplines, ce qui permet de créer une identité disciplinaire dans la formation, ce qui n'avait pas été possible auparavant. Le résultat est immédiat en termes de projet professionnel puisque selon des données préliminaires, plus de 80 % des étudiants en troisième cycle de médecine générale se destinent à l'exercice de leur discipline, contre à peine 50 % auparavant.

Dans le même temps, à l'issue de négociations informelles, les tutelles ont accepté de ne pas réduire la proportion d'internes en médecine générale en dessous de 40 % du nombre total d'internes dans la nouvelle configuration de la réforme 2017. Cette proportion était auparavant plus importante, de l'ordre de 50 %, mais comprenait tous les internes se destinant à d'autres spécialités en passant par le DES de médecine générale.

L'autre nouveauté importante depuis la réforme 2017 concerne le choix positif des étudiants. Autrefois spécialité délaissée, ce qui apparaît compréhensible vu les éléments contextuels abordés dans ce chapitre, la médecine générale les intéresse aujourd'hui beaucoup plus. En 2021, à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), les 3 280 postes classiques en troisième cycle de médecine générale ont tous été choisis, et 209 postes d'engagement de service public sur 238 ont été choisis, soit 99,2 % de postes en médecine générale.

rale pourvus au total. Ce résultat avait été identique en 2019 et 2020, et il est inédit depuis le début du DES de médecine générale en 2004 que l'ensemble des postes ouverts soient pourvus. Ce résultat est nettement meilleur que les 93 à 95 % des trois années précédentes et surtout que les 82 et 84 % des années 2010 et 2011 pris ici à titre d'exemple. Pour résumer le chemin parcouru depuis lors, le symbole de la major des ECN choisissant médecine générale en 2021 contraste suffisamment avec les 609 postes en DES de médecine générale laissés vacants en 2004 à l'issue des premières ECN.

La discipline commence à recueillir les fruits de l'introduction de la médecine générale à l'Université, lui donnant une meilleure visibilité et permettant aux étudiants d'en saisir l'intérêt et l'attractivité professionnelle.

La filière universitaire de médecine générale a été créée par la loi du 8 février 2008.

La nomination des premiers chefs de clinique en médecine générale en 2007, la nomination des premiers professeurs des universités titulaires par la voie de l'intégration en 2009, la création de la sous-section 53-03 de médecine générale au sein du Conseil national des universités (CNU) en 2015, jalonent l'irruption de la spécialité médecine générale dans l'Université et traduisent également le caractère très récent de cette innovation.

En 2022, il existe 91 enseignants-chercheurs titulaires en médecine générale dont 45 professeurs des universités et 46 maîtres de conférences, 208 professeurs et maîtres de conférences associés, 166 chefs de clinique et 88 assistants universitaires de médecine générale. Ces nombres sont encore très loin des besoins à 10 ans qu'estimait en 2015 pour la filière universitaire le rapport Druais remis à Madame la ministre de la Santé, puisqu'il les chiffrait à 250 enseignants-chercheurs titulaires et 500 enseignants associés.

Le poids de la médecine générale dans l'université médicale reste faible. La médecine générale disposant d'environ un universitaire temps plein pour 70 étudiants de troisième cycle, alors qu'il est estimé à un pour 10 étudiants pour les autres disciplines médicales.

L'élan insufflé par le CNGE et les Collèges régionaux a permis de passer de quelques centaines de maîtres de stage des universités (MSU) à l'origine, à 4739 MSU au 1^{er} janvier 2011 et à 11 837 MSU au 1^{er} janvier 2021 [11], ce qui représente plus de 20 % du corps professionnel engagé concrètement au quotidien dans la formation de leurs futurs pairs. C'est une formidable réussite, d'autant qu'il s'agit à la fois du levier le plus efficace pour favoriser l'installation future des étudiants dans les territoires et d'un levier pour améliorer les pratiques professionnelles des MSU.

Recherche

Les données issues des soins premiers/primaires manquent pour améliorer la qualité des soins au plan international. L'OMS avait appuyé en 2008 la nécessité de développer cette recherche. À ce moment-là, en France, la recherche en médecine générale était quasi inexistante faute de filière universitaire et d'enseignants-chercheurs.

Depuis dix ans, les enseignants-chercheurs de la discipline ont publié plus de mille articles dans des revues

indexées sur Medline (données en cours de publication). Si l'augmentation de la publication en médecine générale est une tendance internationale et si la place de la France reste encore modeste notamment par rapport aux pays ayant une antériorité dans ce domaine, la progression de la quantité d'articles indexés publiés est supérieure à 100 % entre 2011 et 2021.

Cette production de données a pour objectif de nourrir les recommandations de bonnes pratiques qui sont encore très majoritairement issues de données hospitalières donc de contexte différent et, dans ce cadre, pas toujours pertinentes ni applicables en médecine générale.

La reconnaissance du travail des enseignants-chercheurs de médecine générale a abouti très progressivement et très récemment, à leur représentation au sein des grandes institutions de recherche française notamment l'Inserm. Cette évolution encore balbutiante marque une nouvelle étape pour la place de la médecine générale dans le système universitaire français.

Les enjeux de demain

La place de la médecine générale s'est considérablement renforcée dans le système de santé durant ces vingt dernières années.

Son universalisation permet à la fois la production de données issues des soins premiers/primaires, la diffusion de la culture de la formation et de la recherche dans le tissu professionnel et une nouvelle motivation des étudiants pour la profession.

Pour autant, l'absence de structuration claire du système de santé comme son hyperspécialisation restent des menaces pesant sur la qualité des soins, la lisibilité du système par les patients, la soutenabilité financière du système et l'accès solidaire à la santé.

La multiplication de professions autorisées par les tutelles à exercer du soin sans la formation scientifique adéquate, sans aucune notion de parcours de santé organisé, rend considérablement à la cohérence d'un système de santé organisé. La multiplication de certains actes techniques inutiles avant même la prise en compte de l'abord humain du soin, liée avant tout au déséquilibre démographique, nuit tout autant à la qualité des soins en augmentant la iatrogénie et en gaspillant les ressources de la collectivité.

La marchandisation de la santé, la recherche de bénéfices commerciaux en augmentant globalement le coût des soins en ayant recours à des technologies sans en évaluer le rapport bénéfices/coût, vient en contrepoint des efforts de la médecine générale et de sa responsabilité médicale et sociale à l'instar de celle énoncée pour les facultés de médecine [12].

Dans ce paysage, le développement d'une médecine générale ancrée dans les territoires, alliant la rigueur scientifique à l'approche centrée sur le patient dans le souci d'une prise en charge globale de sa santé, est un formidable enjeu pour la santé individuelle et collective de la population. Elle légitime sa place dans le système de santé que promeut l'OMS et dont l'intérêt est attesté par les données scientifiques.

Références

- [1] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. WONCA Europe; 2002.
- [2] Collège national des généralistes enseignants/Collège de la médecine générale. Manifeste pour un système de santé organisé. [En ligne] Paris: CNGE; 28 mars 2019. Disponible sur : www.cnge.fr.
- [3] Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med* 2019;179(4):506-14.
- [4] Hassenteufel P. Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne. Paris: Les Presses de Sciences Po; 1997.
- [5] Taha A, Boulet P, Beis JN, et al. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2015. la construction interne de la FUMG exercer 2015;122:267-82.
- [6] Cartier T, Mercier A, De Pourvouille N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *exercer* 2012;101:65-71.
- [7] Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Études et résultats DREES n° 1114, mai 2019. [En ligne] Paris: DREES; 2019. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
- [8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les comptes de la santé 2020. Édition 2021. [En ligne]. Paris: DREES; 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
- [9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques. Les dossiers de la DRESS n° 76, mars 2021. [En ligne]. Paris: DREES; 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
- [10] Arrêtés du 12 avril 2017 portant organisation du 3^e cycle des études de médecine et du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. *Journal officiel* du 14 (texte 13/182) et du 28 avril 2017 (texte 29/193). [En ligne]. Disponibles sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [11] Collège national des généralistes enseignants. Communiqué du CNGE et du SNEMG. Grâce au travail des Collèges et des DMG, près de 12 000 maîtres de stages des universités exercent en France en 2021. [En ligne]. Paris: CNGE; 2021. Disponible sur : sur www.cnge.fr.
- [12] Boëlen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. [En ligne]. Genève (Suisse): OMS; 1995. Disponible sur : <https://apps.who.int/>.