



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

# Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXI<sup>e</sup> siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente<sup>☆</sup>

*Role and place of the general practitioner in French society in the 21st century*

Dominique Bertrand, Claudine Bergoignan-Esper, Marie-Germaine Bousser, Jacques Caton, Thierry Hauet, Jean-Roger Le Gall, Rissane Ourabah, François Richard, Patrice Tran Ba Huy, Guy Vallancien\*, Yves Ville<sup>1</sup>

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 17 avril 2023

## MOTS CLÉS

Médecine générale ;  
Système de santé

**Résumé** Le rôle et la place du médecin généraliste doivent évoluer vers une prise en charge globale des patients. L'usage des moyens diagnostiques et thérapeutiques numérisés et le partage des tâches dans une étroite collaboration avec les autres personnels soignants s'impose dans le cadre d'une collaboration étroite au sein de structures médicales dédiées qui se développeront dans les territoires. Le médecin généraliste aura une vocation d'assembleur et de référent personnel du patient tout au long de son parcours de soins.

© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

<sup>☆</sup> Un avis exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 14 février 2023, a adopté le texte de cet avis par 72 voix pour, 15 voix contre et 16 abstentions.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guy@vallancien.fr](mailto:guy@vallancien.fr) (G. Vallancien).

<sup>1</sup> Membres du groupe de travail rattaché à la Commission 8 (Physiopathologie, Médecine et Chirurgie des maladies non transmissibles).

**KEYWORDS**

General practice;  
French health system

*Summary.* – The role and place of the general practitioner must evolve towards comprehensive patient care. The use of digital diagnostic and therapeutic means and the sharing of tasks in close collaboration with other healthcare personnel is essential within the framework of close collaboration within dedicated medical structures which will be developed in the territories. The general practitioner will become the assembler and the personal referent of the patient throughout his course of care.

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

L'aspiration légitime à un état de complet bien-être physique, psychique et social des individus se heurte aujourd'hui à une vie quotidienne trépidante et stressante dans l'environnement familial, professionnel, économique et politique instable d'une société française en pleine mutation. Le système de santé actuel, concentré sur le soin, ne répond que partiellement à la demande d'une prise en charge sanitaire globale efficiente de la population comme des malades dans leur spécificité personnelle. Dans ce contexte perturbé, l'activité du médecin généraliste se trouve confrontée à des évolutions technologiques, professionnelles et sociétales qui soulèvent la question du rôle et de la place que ce praticien devra tenir à l'avenir dans un univers sanitaire en pleine transformation.

La répartition des rôles des professionnels qui s'effectuait au sein d'une hiérarchie reposant sur le principe du monopole diagnostique et thérapeutique relevant de la responsabilité du seul médecin se trouve aujourd'hui remise en cause avec l'émergence de plusieurs innovations :

- l'intelligence artificielle (IA), capable de poser un diagnostic et de proposer une thérapie depuis son ordinateur personnel grâce à la puissance des algorithmes, interviendra de plus en plus fréquemment afin d'aider les professionnels et les patients au quotidien ;
- la télémédecine, sous ses formes de téléconsultations, de télésoins et de téléexpertise, déjoue la notion de proximité en tant que seule garante de la qualité et décroïssonne l'espace relationnel avec le patient ;
- les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS), les Union Régionales des Professions de Santé (URPS), et plus récemment la multiplication des centres de soins non programmés (CSNP), participent à la mutation profonde d'un exercice médical qui reposait essentiellement sur la disponibilité et le savoir-faire du médecin de famille local. Aujourd'hui et encore plus demain c'est une équipe de soins qui assurera la prise en charge des patients ;
- l'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA) et des infirmiers Asalée, l'action au quotidien des pharmaciens, des sages femmes, des kinésithérapeutes, des podologues, des ergothérapeutes des orthoptistes, orthophonistes et autres professionnels du soin, facilitent la prise en charge globale des patients dans le cadre de protocoles concernant certaines pathologies aiguës bénignes, ainsi que dans le suivi des pathologies chroniques validés par la Haute Autorité de Santé, par les instances régionales (ARS et URPS) et/ou par les communautés locales (MSP et CPTS). Ces collaborations se développent rapidement malgré la persistance sur le terrain de certaines résistances corporatistes ;
- le rôle des patients partenaires et l'action sur le terrain des associations de patients qui participent déjà à une meilleure information que celles glanées sur les sites internet ne feront que croître :

- à ce constat s'ajoutent quatre changements sociétaux majeurs concernant la jeune génération de médecins à majorité féminine dans son rapport à l'exercice médical,
- une réduction du temps d'activité professionnelle afin de mieux équilibrer sa vie privée dans un partage des tâches au sein du couple et de la famille, attitude éminemment respectable puisqu'un bon médecin doit être soi-même en harmonie avec son propre mode de vie,
- un plébiscite pour l'exercice collaboratif entre médecins et avec les autres soignants, sans chercher à imposer son autorité, pratique partagée qui signe la fin à relativement brève échéance de l'exercice solitaire,
- l'acceptation d'autres modes de paiement (capitation, forfait journalier, salariat), la rémunération à l'acte n'étant plus considérée comme le seul et incontournable moyen de financement.

En revanche, la récente attraction pour le métier concrétisée par le choix de la majorité aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) en 2021, qui opta pour la médecine générale à la suite d'un stage auprès d'un groupe de généralistes libéraux, semble marquer le pas depuis la promulgation de la prolongation d'une année de l'internat en médecine générale. Un étudiant sur deux choisirait cette voie par défaut et non plus par vocation.

Dans cet univers en transformation profonde, comment le praticien de proximité qu'est le médecin généraliste pourra-t-il encore répondre efficacement aux besoins de la population ? Travaillant sans compter ses heures ni ses jours au service des patients, confronté à une société consumériste exigeant une réponse immédiate au moindre problème et encline à des incivilités croissantes, amené à régler des situations sanitaires complexes chez des malades de plus en plus âgés et polyopathologiques, surchargé de tâches administratives chronophages, rémunéré à l'acte additionné de forfaits multiples à un niveau jusqu'à trois ou quatre fois inférieur à certains spécialistes techniques, le généraliste voit son univers d'exercice se dégrader jour après jour rendant son cœur de métier, à savoir la prise en charge humaniste et holistique d'une personne malade, blessée ou handicapée, de plus en plus difficile. Malmené entre les progrès technologiques et le rôle croissant des autres professionnels de santé, le médecin « bon à tout faire » disparaîtra-t-il, écrasé sous la pression des autres professionnels de santé aidés par l'IA et les patients informés ? ou deviendra-t-il le spécialiste de la synthèse, l'assembleur de la multitude d'actes réalisés par les autres spécialistes et soignants et restera-t-il le confident du patient dans l'organisation de son parcours de soins personnel ?

Consciente de cette situation sanitaire alarmante, l'Académie nationale de médecine, au travers d'un groupe de travail dédié, s'est donc intéressée au devenir du rôle et de la place du médecin généraliste dans la société française du XXI<sup>e</sup> siècle.

## Méthodologie

Le groupe de travail composé de 11 membres de l'Académie nationale de médecine (voir liste [annexe 1](#)) a réalisé pendant deux mois 64 auditions (voir liste [annexe 2](#)) de différents professionnels et responsables du système de santé (médecins, pharmaciens, sages femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues), anciens ministres de la santé, présidents des ordres nationaux, présidents des syndicats des diverses professions de santé, universitaires, étudiants en médecine, internes, directeurs d'hôpitaux et de cliniques, responsables des unions régionales des professions de santé, communautés professionnelles de territoire de santé, directeurs d'agences régionales de santé, administrateurs, assureurs et mutuelles, élus nationaux et locaux, des associations de patients et des médecins généralistes exerçant en France et à l'étranger. Il s'est ensuite réuni pour établir, sur la base des auditions réalisées, un état de la situation à partir duquel il a rédigé des propositions sous la forme d'un avis avant de le soumettre à la commission 8 de l'Académie de médecine puis à son Conseil d'Administration à fin de ratification par son assemblée plénière.

Nb : les propositions n'engagent pas individuellement les membres du groupe de travail.

## État des lieux

Afin de répondre aux questions posées plus haut, le groupe de travail a d'abord effectué un état de la situation présente du médecin généraliste :

### La démographie médicale

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022 on dénombrait 99 941 médecins généralistes en exercice dont 84 133 en activité régulière selon le CNOM (57 % libéraux, 19 % salariés et 24 % en activité mixte) contre 30 000 en 1970 soit depuis 50 ans une augmentation par plus de 3 fois leur nombre pour une croissance de la population dans le même laps de temps de seulement 17 %.

50,5 % des médecins généralistes et 65 % des moins de 40 ans sont des femmes.

L'âge moyen des médecins généralistes est de 55 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes.

On compte en moyenne 148 médecins généralistes pour 100 000 habitants (DREES 2021) avec de grandes disparités territoriales : 9 départements ont moins de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (Mayenne, Sarthe, Orne, Eure, Eure-et-Loir, Oise, Val-de-Marne, Ain et Seine-Saint-Denis avec ses 60 médecins pour 100 000 habitants. Sept départements ont plus de généralistes pour 100 000 habitants, (Hautes Alpes, Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Gironde, Hérault, Savoie et Haut Rhin).

Six millions d'habitants, parmi lesquels 600 000 d'entre eux sont en ALD, n'ont pas de médecin référent, nombre de praticiens n'acceptant plus de nouveaux malades.

Jusqu'en 2030, 1000 médecins généralistes quitteront chaque année leur cabinet afin de prendre leur retraite qu'il faudra remplacer par 2 jeunes médecins.

### L'exercice médical

Le médecin généraliste libéral exerce majoritairement (95 %) en secteur 1 ; 4,9 % sont en secteur 2 et 0,1 % hors secteur. Il suit en moyenne 1060 patients en tant que médecin

traitant selon les données de la CNAM en 2021, mais il existe de grandes disparités de patientèles : 30 % des généralistes suivent 1318 patients ou plus, 20 % 1524 ou plus et 10 % 1844 ou plus. Certains dépassent les 2500 patients suivis. À l'inverse, 30 % en suivent 731 ou moins, 20 % 532 ou moins et 10 % 198 ou moins, notamment les médecins débutants et les médecins à activité partielle ou mixte. Le généraliste effectue en moyenne 22 consultations par jour de 16 minutes (Drees) soit environ 5000 par an ainsi que 10 % de visites à domicile et travaille en moyenne 55,5 heures par semaine, dont 7 à 9 heures de tâches administratives. On notera là encore de très grandes variations individuelles, certains médecins exerçant au-delà de 65 heures par semaine, d'autres voyant plus de 40 patients par jour<sup>1</sup>.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, apparaît une lente érosion de l'exercice purement libéral solitaire (30 %) au profit de l'exercice en groupe pour 70 % des praticiens.

Onze pour cent des médecins généralistes ont une activité intermittente, dont la moitié sont en cumul retraite – activité partielle, population de médecins qui a doublé depuis 2010.

Environ 20 000 médecins généralistes pratiquent un exercice dit « MEP » Médecine à Exercice Particulier qui va de l'homéopathie, la naturopathie et l'acupuncture à la mésothérapie, la vertébrothérapie, en passant par la médecine du sport, l'ostéopathie, la médecine esthétique et autres compétences.

Au total près de 48 000 généralistes exerceraient la médecine conventionnelle à plein temps, auxquels s'ajoutent les médecins salariés dans 1500 centres de santé.

La téléconsultation est devenue un mode quotidien de connexion entre les patients et les médecins. Selon les études les plus récentes elle semble plus pratiquée par la population jeune et citadine sans remédier aux déserts médicaux.

La comparaison de l'activité médicale avec d'autres pays est difficile en raison des variations d'état de santé de la population, de facteurs culturels liés à l'organisation du système de soins, notamment en matière d'accès ou de répartition médecine de ville - hôpital. Le taux de consultations est également déterminé par les modes de rémunération des médecins, par la densité médicale et par le rôle joué par les autres professionnels de santé, souvent beaucoup plus développé qu'en France. Par exemple, le généraliste allemand prend en charge plus de 2000 patients grâce aux assistants médicaux et administratifs qui participent à son exercice.

<sup>1</sup> Les variations de la durée des consultations sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la clientèle d'un même médecin et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre. La durée de ces séances apparaît plus longue lorsqu'il s'agit de patients atteints de pathologies psychologiques ou psychiatriques, de personnes souffrant d'affections de longue durée, de personnes âgées ou de nouveaux patients. Les cadres supérieurs bénéficient en moyenne de temps de consultation plus longs, sachant qu'ils s'adressent souvent à des médecins pratiquant des durées de consultation plus élevées. Les consultations sont en moyenne plus courtes pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les consultations en cabinet sont plus brèves que les visites, surtout lorsqu'elles ont lieu sans rendez-vous. Les femmes médecins gardent en moyenne leurs patients plus longtemps que les hommes. Il en est de même pour les médecins à honoraires libres ainsi que pour ceux ayant une

## La responsabilité médicale

Les 3 spécialités, tous statuts confondus (statistiques MACSF 2021) qui déclarent le plus grand nombre de sinistres sont les médecins généralistes (356 déclarations), les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques (293 déclarations) et les ophtalmologistes (221 déclarations).

- les deux principaux types de mises en cause des médecins sont :
- les réclamations amiables : 39 % ;
- les saisines de la Commissions de Conciliation et d'Indemnisation : 34 % ;
- les procédures civiles : 18 % ;
- les plaintes pénales et ordinaires portent sur un faible volume de 4 %.

En pourcentage de plaintes par rapport au nombre de praticiens, le médecin généraliste est exposé à quatre fois moins de procédures dans sa vie active que le chirurgien.

## Le revenu

En pratique libérale un médecin généraliste gagne en moyenne 81 000 euros (BNC CARMF 2021), soit par 6750 euros/mois, avant impôts, pour un chiffre d'affaires annuel d'environ 150 000 euros avec des variations notables selon son activité.

En pratique salariée en centre de santé pour 35 heures/semaine un médecin généraliste gagne en moyenne 63 000 euros bruts/an soit 4000 euros nets par mois avant impôt.

En euros constants les revenus des médecins généralistes n'ont quasiment pas progressé sur 20 ans : +3,4 % alors qu'un salarié (toutes professions confondues) dans le secteur privé a augmenté de 8,7 %.

Au total, le généraliste est moins bien rémunéré que la majorité des spécialistes, hormis le pédiatre, le gynécologue médical, le psychiatre et le gériatre, dont le revenu moyen est plus bas, alors qu'à l'hôpital public les praticiens ont un salaire de base identique quelle que soit la spécialité.

## L'environnement sanitaire

On constate un manque de personnels soignants dans le monde entier, l'OMS indiquant un déficit d'au moins 50 millions de professionnels. En France, la décade des médecins de la génération « boomers » est en cours, les étudiants en pharmacie, en maïeutique, en infirmerie sont moins nombreux. Selon les sources les zones sous denses en médecins vont de 65 à 87 % des territoires, générant de véritables « déserts médicaux ».

La dualité qui sévit en France avec d'un côté un système public très hospitalo-centré et de l'autre côté un système privé plus ambulatoire, ne favorise ni la fluidité nécessaire de la prise en charge des malades ni la formation des soignants. La concurrence parfois exacerbée entre ces deux mondes public et privé obère le développement d'une collaboration harmonieuse, chacun cherchant à attirer les patients dans son propre réseau. Le financement des établissements au moyen de la Tarification à l'activité (T2A) et celui des professionnels libéraux reposant essentiellement sur des honoraires, gessent conjointement à l'inflation de prescriptions et de gestes sans pertinence.

L'absence d'une évaluation en temps réel de la bonne prescription et de la qualité du résultat des actes médicaux ambulatoires et des séjours hospitaliers s'avère l'un des points faibles d'un système sanitaire qui dépense 246 milliards de produits et biens de consommation médicale par an dont environ 20 % seraient injustifiés (OCDE, rapport 2017).

Nul doute qu'une transformation profonde de l'organisation de notre système de santé s'impose dans laquelle le rôle et la place du médecin généraliste est à repenser à l'aune des évolutions technologiques, professionnelles et sociétales qui bousculent les habitudes.

## Les propositions

Les propositions sous-jacentes, fruits de la réflexion du groupe de travail, ont largement tenu compte des analyses suggérées de façon souvent récurrente et consensuelle par les personnes auditionnées.

Trois scénarii concernant le rôle et la place du médecin généraliste ont été envisagés :

- sa disparition sous la pression des autres professionnels de santé aidés par l'IA et les patients informés. Schéma rejeté par toutes les personnes interrogées ;
- l'éclatement du métier de généraliste qui, en fonction des besoins ou des préférences, deviendrait pédiatre, gériatre, gynécologue, andrologue ou autre spécialiste ;
- son évolution vers une fonction globale :
  - de synthèse, en véritable assembleur de la multitude d'actes réalisés en partage avec les autres spécialistes et soignants,
  - de confident personnel du patient au sein de son environnement tout au long de son parcours de soins,
  - de prévention pour la population générale.

## Résultats

Les deux premiers scénarii n'ont pas été retenus car ils exposeraient à une prise en charge désordonnée des patients, les différents acteurs réalisant leurs prestations sans véritable plan diagnostique et thérapeutique coordonné dans la durée dans le cadre d'un parcours de soins efficient. À l'unanimité les personnalités entendues au cours des nombreuses auditions ont insisté sur la nécessité de maintenir le rôle central de coordonnateur du médecin généraliste, qui connaît la personne dans son environnement tout au long de sa vie. Les jeunes internes ont, notamment, affirmé l'intérêt de cette fonction du médecin généraliste, symbole de la qualité de la relation humaine dans un esprit de confiance du patient.

Le troisième scénario a donc fait l'objet de l'unanimité du groupe de travail dans la mesure où il privilégie le rôle du médecin généraliste au sein d'une équipe référente en matière de soins et de prévention avec sa vision à la fois panoramique et profondément personnelle de l'état de santé physique, mental et social des personnes qui se confient à lui.

- il restera le médecin de premier recours pour les pathologies courantes, même si ce rôle sera partagé au sein de l'équipe référente de santé ;
- il deviendra le spécialiste de la synthèse diagnostique et thérapeutique dans le but de soigner et réhabiliter la personne malade, blessée ou handicapé, ne traitant

pas seulement le symptôme et la maladie. Cette fonction d'intégration, définit son rôle d'interlocuteur privilégié du patient dans une prise en charge globale au sein de l'équipe référente de santé ;

- il interviendra en amont dans la prévention de la population aux accidents et affections évitables, comme en aval dans la réhabilitation avec les professionnels médicosociaux.

Dans cette optique, l'organisation de l'exercice médical inclura plus de temps pour discuter et expliquer au patient ce qui lui arrive et le chemin à suivre après avoir effectué la synthèse des actes réalisés par les autres professionnels.

Afin que le médecin généraliste puisse assurer convenablement toutes ces missions, il importera d'évaluer :

- quels actes avec la responsabilité qui en découle faudra-t-il transférer à d'autres professionnels, pharmaciens, sages femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, orthoptistes et autres soignants ? Le médecin généraliste devra concentrer son action sur la synthèse et la gestion coordonnée des soins, notamment des cas complexes, tout en amplifiant sa relation personnelle avec le patient dans un rôle humaniste de véritable conseiller intime, de guide médical grâce à une écoute approfondie et bienveillante qui s'avère indispensable afin de répondre aux interrogations du malade, parer à son inquiétude, faire le bon diagnostic et prescrire la bonne thérapie. Le généraliste agira en véritable médecin interniste ambulatoire, remplissant le rôle d'assembleur des prestations à mener auprès de chaque patient tout au long du suivi bienveillant de son parcours de soins singulier ?
- quel rôle ce médecin devra-t-il jouer dans la prévention sanitaire ?
- comment s'inscrira-t-il dans la réhabilitation au sein d'un parcours médico-social ?
- comment se répartira la responsabilité entre les différents professionnels ?
- quelles études l'étudiant devra-t-il entreprendre afin de répondre à ces défis, et quelle formation complémentaire proposer aux médecins déjà installés ?
- quels modes et niveau de rémunération correspondront-ils le mieux à la reconnaissance de son engagement et de sa responsabilité ?
- quelle place le médecin généraliste tiendra-t-il dans l'organigramme sanitaire de demain ?

## L'exercice médical

La priorité des priorités qui s'impose consistera à bâtir un système autour de la santé de la population et des besoins des patients et non pas de la seule maladie, attribuant aux différents professionnels une autonomie d'exercice maximale dans un cadre collaboratif renforcé, tout en définissant clairement les limites de leurs compétences et de leur responsabilité. Chaque professionnel soignant possède une réelle expertise qui doit le rendre à la fois autonome dans ses décisions et ses gestes tout en s'inscrivant dans le cadre d'une participation à la bonne prise en charge globale des patients selon un plan défini en commun par l'équipe locale référente. Dans cette optique, le médecin généraliste aura pour rôle de promouvoir et d'assurer l'intégration des données, de synthétiser la prise de décision et d'observer la qualité des résultats tout au long du parcours de soins.

Le dossier numérique « mon espace santé » servira à tous les professionnels intervenant auprès du même patient,

permettant une fluidité dans l'accès aux informations médicales de l'équipe soignante qui manque encore souvent aujourd'hui.

Établir un diagnostic repose à 70 % sur les informations reçues au cours d'un interrogatoire bien conduit qui prend du temps (« écoutez le malade, il vous donne le diagnostic » William Osler) ; puis sur l'aide des examens biologiques, d'imagerie et d'autres techniques diagnostiques, et enfin sur l'examen clinique dont l'utilité s'amoindrit au fur et à mesure du développement des technologies qui détectent des pathologies au stade préclinique. La mission du médecin généraliste réclamera donc un temps plus long de consultation qu'il récupérera grâce à :

- la réduction massive des tâches administratives et du remplissage de la majorité des certificats. Des assistants administratifs gèreront les rendez-vous et le recours aux examens d'imagerie, de biologie et autres investigations dans le cadre d'une véritable « conciergerie sanitaire » dévolue à l'équipe soignante. Ils traiteront les documents réclamés par les divers organismes payeurs ;
- le transfert de la réalisation de certains actes diagnostiques et thérapeutiques d'affections aiguës bénignes et de suivis des pathologies chroniques stabilisées, du remplissage des certificats en tous genres, de l'aptitude à la pratique du sport au décès, à d'autres professionnels de santé selon leurs compétences. L'expérience de l'ARS Bretagne autorisant en accord avec l'URPS 50 pharmaciens à diagnostiquer et prescrire pour 13 pathologies bénignes préfigure l'avenir. Un tel transfert d'actes, loin de déclasser le praticien, valorisera sa pratique dans une démarche holistique de médecin assembleur et non plus de médecin uniquement traitant ;
- l'usage des algorithmes et des moyens numérisés facilitera l'adoption de la bonne option diagnostique et du juste choix thérapeutique à la condition d'en détecter les biais et erreurs possibles ;
- le temps médical intégrera des actions de prévention et de réhabilitation, débordant largement le champ du seul soin, faisant du généraliste le joueur au centre du terrain qui passe les ballons, indispensable pilier de l'équipe soignante. Il coordonnera les différentes interventions des autres professionnels de santé dans une démarche de prise en charge intégrative, mais sans prédominance de son pouvoir sur les autres professionnels engagés dans une même action collaborative à responsabilité partagée. Il établira le projet thérapeutique complet du patient dans la durée du traitement, réhabilitation incluse, impliquant les personnels du monde médico-social dans un parcours de santé fait d'allers-retours permanents entre tous les professionnels pour un patient donné ;
- un exercice mixte ambulatoire et en établissement hospitalier public ou privé permettra une meilleure coordination entre les différents mondes sanitaires, incluant des contacts plus étroits avec la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine du sport et les EHPADs ;
- des consultations avancées multisites seront organisées dans les petites communes en périphérie de la Maison de Santé principale. Les médecins et les personnels soignants se déplaceront à tour de rôle à la semaine soit dans les mairies elles-mêmes au sein de locaux mis à leur disposition. En cas d'impossibilité de fournir des locaux des « bus santé » avec bureau médical et salle d'examen seront déployés, cofinancés par les communes utilisatrices. En complément, des cabines de téléconsultation seront installées dans les pharmacies locales.

Au total sur la base d'une moyenne de 4,5 à 5 jours d'exercice par semaine, répartis en demi-journées en collaboration avec ses collègues, le médecin généraliste pourrait suivre une file active médiane de plus de 1500 patients en partage d'actes avec les autres soignants. Il organisera des plages de temps dédiées aux nouveaux patients et à d'autres activités médicales, diversifiant le métier, source d'attractivité.

## Les urgences et autres soins non programmés

Des centres de soins non programmés (CSNP) ou immédiats ont déjà ouvert leurs portes dans plusieurs territoires faisant appel à des urgentistes hospitaliers pour assurer une prise en charge sans rendez-vous avec accès à un bilan biologique et radiologique. À l'avenir, il importera d'organiser la coopération entre ces centres et les MSP qui n'assureraient pas de permanence des soins afin d'offrir un accès fluide et coordonné aux patients.

Autre initiative, des infirmiers hospitaliers de premier recours ont commencé à sillonner en ambulance certains territoires pour assurer à leur tour des soins non programmés et des petites urgences (mini-SMUR infirmier).

Un bilan de l'efficacité de ces innovations et leur harmonisation loco régionale s'impose, l'objectif étant de :

- combler l'absence de permanence des soins dans les MSP les week-ends ;
- assurer une prise en charge rapide des patients ;
- faire disparaître pour des motifs qui ne le nécessitent pas le recours aux urgences hospitalières publiques et privées qui devront se concentrer sur les cas les plus lourds ;
- parer au risque d'une financiarisation abusive par des groupes ne cherchant que la seule rentabilité de leurs investissements.

Les consultations via la télémédecine aideront aussi grandement à la réalisation des soins non programmés.

## La responsabilité

Si on veut développer le concept d'équipe référente, il importera de déterminer les responsabilités incombant aux différents acteurs (y compris les outils numériques) au sein de ladite équipe de soins et de prévention. En cas de partage d'actes quels sont ceux qui seraient seulement délégués en gardant la responsabilité de la prescription et ceux qui seraient réellement transférés, responsabilité comprise, à d'autres professionnels de santé. Un tel partage, aide ou transfert appellera une étude précise des responsabilités médico-légales afférentes, tout comme les algorithmes décisionnels et leurs déviances possibles dont il faudra aussi préciser la part de responsabilité.

## Le financement

Le schéma du médecin généraliste tel que décrit questionne son mode de rémunération. Aujourd'hui, la faiblesse du paiement à l'acte ne répond plus au financement des multiples missions du praticien. Il repose sur une simple productivité qui pousse à la vitesse et à la réduction du temps de dialogue et d'examen. L'adjonction de suppléments divers, en particulier la Rémunération sur Objectif

de Santé Publique (ROSP), qui peut représenter plusieurs milliers d'euros par an n'est pas appréciée par la majorité des jeunes médecins qui, à juste titre, considèrent qu'ils n'ont pas à être mieux payés pour simplement bien faire leur travail, notamment réduire les prescriptions inutiles, voire nocives comme certaines antibiothérapies abusives.

1° Une combinaison de rémunérations, négociée avec les syndicats, apparaît le mieux adapté à la fonction de médecin généraliste, reposant essentiellement sur :

- une part de capitation correspondant au nombre de patients suivis ;
- une part de forfait journalier pour l'activité clinique ;
- une part de salaire pour l'activité d'assemblage et de coordination avec les autres professionnels ainsi que pour les tâches administratives restantes ;
- le paiement à l'acte qui ne persisterait que pour certains gestes techniques non répétitifs types petites urgences (pansements, attelles, sutures) ou autres.

On s'orienterait ainsi vers une rémunération correspondant aux diverses missions du médecin qui semble mieux adaptée à l'exercice actuel et futur du généraliste que l'accumulation actuelle de compléments d'actes. Compte tenu de l'ampleur de son action et de sa responsabilité, le montant de la rémunération du médecin généraliste devra au moins rejoindre celui de la moyenne des spécialistes techniques.

2° Des aides pérennes à la création et au fonctionnement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et centres de soins feront l'objet de toute l'attention des Agences Régionales de Santé, des régions elles-mêmes, des communes et inter-communes. Des investissements massifs et dans la durée seront débloqués sans saupoudrer les financements dans des projets insignifiants et temporaires. Chaque territoire s'organisera comme il l'entend sans la nécessité d'un canevas rigide, mais à partir d'orientations nationales indicatives.

3° Un congrès annuel de ces structures de proximité permettra l'échange des bonnes idées et initiatives à développer comme l'analyse des erreurs à ne pas répéter dans des séances de retours d'expériences partagées par tous les acteurs.

## La formation

Formation initiale : Les études de médecine toutes spécialités confondues devraient être profondément révisées, tant dans leur durée trop longue que dans les matières enseignées et dans les stages pratiques.

La sélection de candidats ne devrait plus reposer sur les seules sciences dures. Les qualités humaines et organisationnelles seront à prendre en compte.

Le développement des outils de simulation, la création de protocoles diagnostiques algorithmiques reposant sur l'*evidence based medicine* et la multiplication des stages sur le terrain en proximité dès la première année formeront les piliers de l'apprentissage aux métiers de la santé, intégrant toutes les facettes de la profession, y compris les notions de santé publique, les bases des sciences numériques, les principes d'organisation d'une Maison de Santé, de management et de relation humaine. L'orientation vers la médecine générale et les autres spécialités pourrait s'effectuer dès la fin de licence, avec possibilité de réorientation en 2<sup>e</sup> année de maîtrise.

Les Formations Spécialisées Transversales (FST) permettront aux étudiants d'acquérir des compléments de compétences, notamment en pédiatrie, gériatrie et gynécologie médicale dont le besoin est criant.

Nombre de médecins à former : si l'on s'en tient au chiffre actuel probable d'environ 50 000 médecins pratiquant à plein temps et exclusivement la médecine générale (hors MEP) pour 68 millions d'habitants, il faudrait un médecin généraliste pour 1350 habitants. Compte tenu d'une amplitude horaire de travail de 40 à 45 heures par semaine et non plus de 56 h ou plus comme actuellement, il faudra augmenter le nombre d'étudiants pour assurer une couverture suffisante sans aller forcément jusqu'à le doubler compte tenu de la croissance d'activité des autres professionnels de santé.

Développement professionnel continu : 10 journées par an seront dévolues à l'information sur les progrès réalisés dans les différents domaines des spécialités, des normes et règlements de santé publique et de l'avancement des procédures numériques. Elles seront effectuées en présentiel alternant avec des formations en distanciel.

## L'évaluation

L'analyse de la pertinence et de la qualité des actes effectués par les équipes soignantes reposera sur des critères simples définis par les Conseil Nationaux de Spécialité en accord ou avec avis simple de la Haute Autorité de Santé. Chaque année les Maisons et Centres de Santé recevront leurs résultats, praticien par praticien, permettant à chaque généraliste de se situer par rapport à une moyenne nationale inexistante actuellement. Ces critères seront -doubles :

- objectifs basés sur un nombre limité de données scientifiques et médicales qui suffiront à détecter les manques et les abus ;
- subjectifs reposant sur des questionnaires patients simples, ne dépassant pas dix interrogations adressées par courriel.

Cette évaluation pourrait être instituée dès à présent de manière à guider les décideurs dans la phase de transition vers les nouvelles pratiques.

De grandes campagnes d'information, de sensibilisation et de responsabilisation de la population au respect, à la politesse, au savoir vivre ensemble, seront organisées régulièrement depuis l'école jusque dans les entreprises et administrations. Les millions de consultations non honorées ne sont plus admissibles et devront faire l'objet d'une régulation financière à déterminer.

Au total, le système de santé ne retrouvera son efficience qu'à la condition expresse de la primauté d'un exercice quotidien du médecin généraliste facilité par :

- la réduction au strict minimum nécessaire des tâches administratives grâce à la présence d'assistants dédiés à la coordination des rendez-vous et d'aides à la gestion quotidienne du parcours de soins ;
- le recours à l'informatisation maximale des procédures ;
- l'utilisation de la télémedecine sans limite de pourcentage de consultations, ni de distance ;
- l'augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée intégrés dans le groupe médical en vue de constituer de véritables équipes référentes répondant aux besoins locaux ;

- la participation coordonnée à ces équipes référentes d'autres professionnels de santé de terrain, pharmaciens, sages femmes, kinésithérapeutes, podologues, orthoptistes et autres soignants non-médecins, afin d'établir une couverture sanitaire satisfaisante où que ce soit en France ;
- l'éducation de la population au respect des professionnels de santé grâce à des campagnes d'information organisées dès l'école.

## Conclusion

Dans un monde en pleine mutation, la fonction de Médecin généraliste doit impérativement être promue et valorisée. Garant de la relation humaine de confiance avec la population et les patients grâce à la connaissance intime de l'intégralité de la personne dans son environnement, le médecin de proximité doit faire profondément évoluer son exercice sans se perdre dans une conception dépassée de son action.

Son rôle d'assembleur au sein de l'équipe soignante qui deviendra référente de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins et sa place centrale seront les marqueurs positifs de cette évolution souhaitable au sein d'un système de santé adapté à ces diverses missions et non plus uniquement centré sur les seuls soins.

Cet exercice partagé et coordonné des professionnels s'impose donc comme la seule politique raisonnable à promouvoir. Regroupés dans des structures dédiées comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en vue de développer une prise en charge quotidienne globale de la population et des patients, les médecins généralistes et les autres soignants partageront de plus en plus leurs expériences et leurs savoir-faire au sein de ces équipes référentes. Tous les moyens informatiques et de télétransmission seront mis en œuvre pour aider l'équipe référente dans son action quotidienne.

À l'avenir, c'est un système de santé réunissant les acteurs publics et privés qu'il faudra bâtir sans *a priori*, avec le médecin généraliste en position centrale, véritable praticien de proximité au service de la population locale dans une prise en charge holistique, à la fois médico-scientifique et humaine singulière.

Le temps consacré à la prévention primaire et secondaire, celui dévolu à la mise en perspective des traitements, à leur explication, à la description de leurs avantages, de leurs risques et conséquences personnelles, familiales et socioprofessionnelles, comme le temps passé aux tâches de réhabilitation à la via active, prendront un part notable de l'exercice du médecin généraliste qui agira en étroite collaboration avec les autres personnels soignants dans le respect des compétences et de la responsabilité médico-légale de chacun.

De nouveaux modes et niveaux de reconnaissance financière seront à promouvoir à la hauteur de l'engagement et de la responsabilité du praticien.

Dans une telle dynamique d'assembleur du parcours de soins et de conseiller personnel du patient qui se confie à lui, le futur médecin généraliste accèdera à une formation diversifiée en intégrant l'expertise du management et la connaissance des autres métiers de la santé, une maîtrise suffisante des technologies numériques et des qualités relationnelles affirmées pour assurer une prise en charge médicale efficiente et globale du patient.



Pilier de l'équipe de santé au service de la population comme de la personne malade, blessée ou handicapée dans sa spécificité, le médecin généraliste tiendra donc une place essentielle au sein d'une équipe référente dans le cadre d'un système de santé adapté à son siècle.

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Supplément en ligne. Matériel complémentaire**

Les matériels complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.04.016>.