

Étude originale

Lucie Virama-Latchoumy¹, David Chevillot^{1,2}, Nicolas Rousselot¹, Gérard Ducos¹, Bernard Gay^{1,2}

¹Université de Bordeaux
Département de médecine générale
146, rue Léo-Saignat, CS 61292,
33076 Bordeaux cedex
bernard.gay@u-bordeaux.fr

²Maison de santé rurale
33190 La Réole

Tiré à part : B. Gay

Résumé

La médecine générale est devenue une spécialité en 2004 et les premiers spécialistes de médecine générale ont été qualifiés il y a plus de dix ans. Cette reconnaissance a-t-elle entraîné un changement dans le fonctionnement du système de santé français ? L'analyse de la perception des patients, des médecins généralistes et des représentants institutionnels permet d'apporter des éléments de réponse. Plus d'une décennie après sa création, le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a changé progressivement le paysage universitaire mais n'a permis ni la reconnaissance sociétale de la profession, ni sa restructuration.

• Mots clés

médecine générale ; spécialisation ; système de soins ; formation universitaire.

Abstract. Impact of the acknowledgment of general practice as a specialty on perception of French health care system

General medicine became a specialty in 2004 and the first specialists in general medicine were qualified more than 10 years ago. Has this recognition led to a change in the functioning of the French health system? The analysis of the perception of patients, general practitioners and institutional representatives provides elements of response. More than a decade after its creation, the DES (*Diplôme d'études spécialisées*) in general medicine has gradually changed the university landscape but has not allowed the societal recognition of the profession or its restructuring.

• Key words

general practice; specialisation; health care system; university training.

DOI: 10.1684/med.2019.410



Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français

Introduction

Depuis quelques années, la médecine générale est en pleine évolution. Une des principales mutations a concerné la formation des futurs médecins généralistes. Incontournable dans le système de santé pour certains, définie par défaut pour d'autres, la médecine générale essaie de trouver sa place dans un système français hospitalo-centré. Sur le plan international, son rôle est pourtant reconnu. La *World Organisation of Family Doctors* (WONCA) a défini la médecine générale comme la spécialité clinique orientée vers les soins de santé primaires et a décrit ses caractéristiques [1]. L'Organisation mondiale de la santé a rappelé l'importance, pour l'équilibre des systèmes de santé, de développer des soins de santé primaires performants [2]. En France, une étape majeure vers cette reconnaissance a été d'amener la médecine générale au rang de spécialité avec la mise en place des Épreuves classantes nationales (ECN). La loi de modernisation sociale de 2002 a créé le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, mis en place en 2004, avec la première promotion de médecins qualifiés spécialistes en médecine générale diplômés en 2007. Déjà plus d'une décennie... La maquette du DES comprend trois années de formation avec des stages en ambulatoire et des médecins généralistes enseignants universitaires. Cette évolution permet d'assurer l'adéquation avec le futur milieu d'exercice. En 2009, la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) a explicité l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades dans le respect des exigences de proximité ; elle a précisé les missions du médecin généraliste. Au terme de ces évolutions, une question se pose : quel est l'impact sur le système de santé français de la reconnaissance universitaire de la médecine générale comme spécialité, du point de vue des patients, des médecins généralistes et des institutionnels ? L'objectif de ce travail était d'analyser les conséquences de la création du DES sur la perception des patients dans leur parcours de soins, sur le ressenti des médecins dans leur pratique quotidienne et sur l'analyse des institutionnels dans l'évolution du système de santé.

Méthode

Pour répondre à ces objectifs, une étude qualitative a été menée en 2017-2018 en diversifiant les outils : entretiens semi-structurés avec des patients, *focus group* avec des médecins généralistes et interviews de représentants

institutionnels. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale [3].

Populations concernées

Des patients majeurs ont été recrutés sans autre critère que le volontariat dans les salles d'attente de cabinets ruraux et urbains de médecine générale des Pyrénées-Atlantiques. Les médecins des cabinets étaient informés et avaient donné leur accord. Le consentement oral des patients était obtenu avant chaque entretien, y compris pour l'enregistrement audio, et l'anonymat leur était assuré. L'entretien était réalisé en face-à-face.

Des médecins généralistes du Pays Basque ont été sélectionnés par échantillonnage en variation maximale, en incluant des médecins « ancien régime » (doctorat obtenu avant le DES) et « nouveau régime » (doctorat obtenu après le DES), et des médecins exerçant en milieu rural et urbain. Le *focus group* était réalisé avec un modérateur et un observateur.

Des représentants institutionnels d'Aquitaine ont été choisis pour recueillir le point de vue des principaux maillons régionaux pouvant intervenir dans la structuration du système de santé : un représentant de l'Agence régionale de santé (ARS), un représentant de l'Ordre des médecins (ODM), une consultante en stratégie de la santé, ancienne vice-présidente du Conseil régional d'Aquitaine, et le maire d'une commune.

Recueil des données

Pour chaque population, un canevas d'entretien a été établi par les investigateurs. L'étude a été réalisée dans un cadre de confidentialité. Après avoir été retranscrits, les entretiens enregistrés ont été effacés. L'anonymat a été respecté. Le libre choix était laissé aux participants de contribuer ou non à l'étude.

Analyse des données

L'ensemble des enregistrements a été retranscrit intégralement mot à mot. Le verbatim obtenu a fait l'objet d'un codage ouvert thématique, à l'aide du logiciel Nvivo[®].

Résultats

Patients

Quinze entretiens ont été réalisés, dont deux entretiens pilotes qui n'ont pas été retranscrits, mais qui ont permis de modifier le canevas des questions. Le panel comportait donc 13 patients (quatre hommes et neuf femmes) dont six retraités. La moyenne d'âge était de 54,5 ans.

Neuf patients n'avaient pas connaissance de la réforme et ignoraient que la médecine générale était une spécialité :

« Je pensais qu'il y avait les spécialistes et les généralistes ». Quatre avaient entendu parler de la réforme par des proches appartenant au milieu médical ou *via* des émissions télévisées dédiées à la santé. Les impacts potentiels cités par les patients étaient la revalorisation du médecin généraliste, la majoration du prix de consultation et une médecine plus pointue.

Le médecin généraliste était perçu comme ayant un rôle clé dans le parcours de soins, comme médecin de premier recours, de proximité ; il était le référent de santé, il permettait une approche globale avec une relation médecin-patient centrale. Son rôle était de connaître les patients, de les écouter, de faire la synthèse sur les différentes prises en charge : *« C'est lui qui est censé me rediriger vers des bons spécialistes au bon moment si besoin ».*

La consultation de médecine générale restait accessible, cependant le médecin généraliste était perçu moins disponible qu'avant, certaines prescriptions paraissaient limitées, parfois la dimension humaine s'effaçait de la consultation.

Les déserts médicaux étaient une préoccupation importante : trouver un médecin généraliste dans les campagnes *« est un véritable sacerdoce ».* L'accès aux soins secondaires ambulatoires était difficile avec des délais trop longs. Le constat était que les soins étaient plus onéreux : *« Il reste toujours quelque chose à payer dans les interventions ».* Les urgences étaient saturées et pas assez efficaces. Toutefois, les patients étaient globalement satisfaits du système de santé français.

Médecins généralistes

Six médecins (cinq hommes et une femme) ont participé au *focus group* : la moyenne d'âge était de 44 ans, l'ancienneté d'installation allait de 1 à 30 ans ; deux médecins étaient maîtres de stage des universités.

Le titre de spécialiste était perçu avec indifférence : *« Moi je suis d'accord sur le fait que ça n'apporte rien ce titre-là de spécialiste en médecine générale je ne vois pas le sens, on est généraliste ».* Il pouvait même être vécu comme « une humiliation ». Le terme de « spécialiste de médecine générale » n'était pas adapté. Aucun des médecins ne l'avait fait inscrire sur sa plaque.

Le DES n'avait eu aucun impact sur la vision des patients ; il n'avait pas suscité de reconnaissance sociétale : *« Ils nous ont connus médecin généraliste, après on est devenu médecin spécialiste en médecine générale : eux ils n'ont pas vu pas la différence, c'est évident ».* L'organisation professionnelle n'était pas modifiée, l'estime des confrères était inchangée ; l'inégalité tarifaire persistait.

La nouvelle génération avait apprécié l'évolution du cursus universitaire, en particulier la formation spécifique malgré la prédominance de stages hospitaliers : *« Je suis content que le statut nous ait amené une formation spécifique de l'internat auquel on n'avait pas droit avant ».*

Les médecins généralistes se voyaient comme chef d'orchestre du parcours de soins du patient mais ce rôle

était appréhendé de manière différente en fonction des générations : « *Ben voilà, en fait je pense qu'il y a un décalage entre le boulot que vous avez fait il y a 30 ans et maintenant* ». La mise en place du médecin traitant avait été déterminante mais il persistait un « mésusage » des soins de santé primaires. La rémunération était toujours perçue comme inéquitable, mais une majoration n'était pas forcément acceptée par les patients qui disaient pourtant la souhaiter.

Les obstacles à l'évolution des soins de santé primaires étaient nombreux et les politiques avaient une grande responsabilité par l'absence d'engagement concret. Le manque de coopération entre le milieu hospitalier et ambulatoire était aussi évoqué : « *Je m'excuse toujours quand j'appelle à l'hôpital, je sens bien qu'il faut que je m'excuse* ».

La recherche en médecine générale était perçue comme attirante et intéressante mais chronophage : elle nécessitait donc d'un temps dédié et rémunéré. Le financement était problématique : « *Qui c'est qui va financer la recherche en médecine générale ? Aucun labo va financer ça ! Ça sera forcément un financement public !* ». La recherche devrait avoir un réel impact sur la pratique quotidienne ; elle était encore peu développée et pas assez enseignée dans le cursus universitaire.

Institutionnels

Les quatre entretiens réalisés ont révélé des convergences qui ont permis une analyse thématique commune.

Le système de santé n'était plus adapté ni à la demande, ni aux enjeux actuels ; il s'épuisait et devait être réformé : « *Aujourd'hui il devrait y avoir beaucoup plus de souplesse pour s'organiser dans les territoires* ». La médecine générale y était peu mise en valeur ; le temps médical accordé aux patients diminuait avec une multiplication de tâches sans réorganisation de l'activité. Le système de santé remboursait les soins mais négligeait la prévention. L'évolution sociétale faisait naître une nouvelle génération de médecins qui exerçaient et s'organisaient différemment, à la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

La spécialité de médecine générale n'avait rien changé de fondamental dans l'organisation des soins : « *Ça a été un lot de consolation pour les généralistes* ». Il existait une volonté d'égaliser les statuts par rapport aux autres médecins et une tentative d'aligner les tarifs (ODM, ARS) ; la nécessité de rééquilibrer les flux et de former plus de médecins généralistes était évoquée (ARS). Le développement d'une formation universitaire tout aussi scientifiquement valable que pour les autres spécialités, s'appuyant sur l'*evidence-based medicine*, était un critère de qualité.

L'évolution du système de santé était nécessaire, pour modifier l'offre et favoriser l'installation, en proposant par exemple un plateau technique que le médecin n'aurait pas à gérer. Le regroupement de professionnels (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, coopération entre les professionnels, partage de compé-

tences) devait être favorisé, ainsi que les nouveaux modes de rémunération. Le système devait se tourner vers la prévention avec des réels objectifs de santé publique : « *La médecine va être basée sur la prévention et il faut donner plus de temps aux médecins généralistes sur cette prévention, que cette prévention soit rémunérée* ». Une modernisation de la pratique était souhaitable, avec l'introduction de technologies comme les systèmes experts, pour gagner du temps médical : « *Il faut plus de technologies et plus d'humanité* ». Chaque interlocuteur estimait avoir un rôle à jouer dans le dispositif mais le représentant communal ne pensait pas y avoir une place déterminante.

Discussion

Méthode

Au niveau de l'échantillonnage, le recrutement des patients dans l'environnement professionnel des investigateurs a pu entraîner un biais de déclaration. La présence d'un seul médecin femme dans le *focus group* n'intègre pas la tendance actuelle à la féminisation du corps médical ; cet élément a pu influencer la teneur du débat. L'analyse des représentants institutionnels aurait été enrichie par l'interview de médecins spécialistes d'autres disciplines, d'universitaires, de délégués de l'Assurance-maladie ou de conseillers départementaux.

L'enregistrement des échanges et leur écoute minutieuse ont permis une transcription limitant la perte de données mais n'ont pas pu empêcher une possible interprétation, en particulier lors du *focus group* très animé. Des biais liés à la subjectivité de l'investigateur ont pu influencer l'analyse thématique.

L'absence de double codage a pu limiter la validité interne de l'étude. Néanmoins, la supervision par le directeur de thèse a renforcé la fiabilité de l'analyse. Le recueil de données par trois approches complémentaires sur trois populations différentes a favorisé une triangulation des données.

Résultats

À travers la perception des patients, des médecins et des institutionnels, se profilent des évolutions qui vont au-delà des simples résultats.

• Ce que la création du DES a permis

La mise en place de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) est citée par les médecins et les institutionnels comme un élément positif. La maquette du DES se tourne de plus en plus vers l'ambulatoire, la médecine générale est introduite et présentée plus précocement dans le cursus. Les effectifs de maîtres de stage des universités augmentent progressivement [4] : 9 440 en 2018 (+10 % par rapport à 2016). Les postes de chefs de clinique de médecine générale suivent la même

tendance mais restent insuffisants [5]. Par contre, le nombre d'enseignants universitaires est nettement en deçà des besoins [6] : le ratio équivalent temps plein est de 1 pour 86 étudiants (huit fois moins que pour les autres filières). Le maintien de la durée du DES à trois ans (quatre à cinq ans pour les autres spécialités) est néanmoins un frein à l'identification de la médecine générale. La FUMG est donc bien un élément fort de reconnaissance de la discipline mais manque encore de moyens.

La gestion des flux est améliorée par les ECN avec une répartition des médecins par spécialités en adéquation avec les besoins. À la création du DES, un nombre important de postes de médecine générale n'a pas trouvé preneur à l'issue de la procédure de choix des étudiants. La réforme de 2011 sur la validation du deuxième cycle des études médicales a permis un rééquilibrage entre la médecine générale et les autres spécialités : le taux d'adéquation (nombre de postes ouverts/postes pourvus) pour la médecine générale est passé de 84 % en 2011 à 94 % en 2014 [7]. Il reste inférieur à celui de la plupart des autres spécialités (100 %). La mise en place du DES a favorisé une meilleure distribution des internes entre la médecine générale et les autres spécialités, mais la part de la médecine générale dans l'ensemble des postes pourvus se maintient en dessous de 50 %. Au final, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a baissé de 9,1 % depuis 2007 [8] et l'offre de premier recours diminue alors que les besoins augmentent [9].

La recherche en médecine générale prend pour les médecins et les institutionnels une place légitime. C'était un moyen de justifier la spécialité, mais il fallait qu'elle ait un réel impact sur la pratique quotidienne et sur les décisions de santé publique. Dans une étude sur les représentations au sujet de la recherche, le manque de temps et de formation était un frein à l'implication des médecins généralistes [10]. De ce fait, elle était moins développée en France que dans certains pays ayant un système orienté vers les soins de santé primaires [11]. Elle progresse néanmoins, en particulier grâce à l'arrivée des chefs de clinique ; le nombre de publications a augmenté : 163 publications pour les 35 départements de médecine générale de France en 2014 pour 155 en 2013 [12]. Il est souhaitable qu'un cadre interdisciplinaire permette des coopérations entre les chercheurs de différents horizons. Les dix propositions pour le développement de la recherche en soins de santé primaires faites par le Comité interface Inserm-médecine générale et le Collège de la médecine générale pourraient accélérer cette progression [13].

L'attractivité de la médecine générale a augmenté : d'un choix par défaut, elle est devenue avec le DES une option choisie. Elle recrute à tous les niveaux de rang de classement des ECN : en 2014, 5 % des 1 000 premiers avaient choisi cette spécialité [14]. L'attractivité d'une discipline est calculée à partir d'un indice compris entre 0 et 1 : plus il est proche de 0, plus la spécialité est attractive. Celui de la médecine générale est à 0,82, ce qui la place au dernier rang des 30 spécialités. Néanmoins, une enquête sur les motivations des étudiants choisissant la spécialité médecine générale montrait que le stage de

médecine générale du deuxième cycle leur avait donné envie de faire cette spécialité [15]. La présentation précoce des soins de santé primaires est de nature à renforcer l'attractivité de la discipline.

• Ce que la création du DES n'a pas permis

La reconnaissance sociétale de la médecine générale n'est toujours pas acquise, en rapport avec la méconnaissance par les patients de son statut de spécialité. Aucun impact sur la consultation de médecine générale et aucun changement dans le parcours de soins n'est évoqué ou constaté par les patients. L'analyse de la littérature ne retrouve pas d'études s'intéressant au point de vue des patients sur le sujet, qui permettraient de corroborer ces résultats. La médecine générale ne semble pas être perçue comme garante de la santé de la population. Elle offre une proximité temporelle et territoriale, mais reste identifiée différemment des autres spécialités. La question se pose alors : sur quoi se bâtit le statut de spécialité ? Sur un diplôme, un tarif, une pratique ?

L'évolution de la consultation de médecine générale n'est pas perceptible. Pour les patients, la consultation est accessible et répond à leurs attentes : suivi, écoute, relation médecin-patient, informations et soins. Le médecin généraliste est perçu comme vecteur de soins mais pas forcément de santé. Dans une étude sur le ressenti du patient, trois points primordiaux étaient relevés : les explications données par le médecin sur les traitements et les tests, la capacité du médecin à écouter, l'examen clinique [16]. Dans une analyse des caractéristiques d'un bon médecin généraliste, les cinq items ayant les meilleurs scores étaient la confidentialité du dossier médical, la possibilité de service rapide pour des problèmes urgents, la capacité du médecin à écouter, le soulagement rapide des symptômes, les informations concernant symptômes et maladies [17]. Le médecin généraliste a bien la place de pivot dans le parcours de soins avec l'accent mis sur le relationnel, l'information et la disponibilité. Les aspects scientifiques du diagnostic et du traitement semblent moins perçus.

La valorisation de la profession est insuffisante. Pour les médecins généralistes, être reconnu comme spécialiste n'a pas révolutionné leur quotidien, leur image et l'estime de la part de leurs confrères. Ce résultat est corroboré par une enquête en 2017 auprès de 400 médecins généralistes [18] : pour 63 %, la spécialité n'avait pas contribué à changer le visage de la médecine générale ; 15 % n'avaient pas demandé de manière rétroactive la qualification de spécialiste ; 33 % estimaient que le généraliste avait un rôle moins important qu'avant, 36 % un rôle équivalent et 27 % un rôle plus important. Les médecins généralistes eux-mêmes doutent de l'intérêt du titre.

La réorganisation de la pratique est balbutiante, avec une hétérogénéité au sein de la profession, une disparité dans la manière de s'organiser. Pour 80 % des médecins de l'étude citée plus haut [18], les changements survenus (médecin traitant, rémunération sur objectifs de santé publique, majoration du prix de la consultation) étaient indépendants de la spécialité. Pour 76 %, le regard des

autres spécialistes sur les généralistes n'avait pas changé ces dernières années. La tendance montre que la nouvelle génération veut une pratique flexible, une organisation efficace, moderne et raisonnable. Le regroupement de professionnels est largement choisi. La relation médecin-patient reste fondamentale mais n'est pas insensible aux changements : le patient prend position, a accès à l'information médicale, veut une prise en charge rapide.

La rémunération reste non adaptée. L'absence d'harmonisation tarifaire avec les autres spécialités est notée par les patients, les médecins et les institutionnels. La rémunération évolue progressivement avec une part croissante de forfait et de compléments spécifiques rémunérant les différents aspects de la prise en charge par le médecin généraliste. Mais il existe toujours un fossé entre la rémunération des spécialités techniques et cliniques. L'absence de Classification commune des actes médicaux (CCAM) clinique, qui permettrait l'appréciation de l'acte intellectuel et le contenu de la consultation, explique cette situation.

La transformation du système de santé est en attente, même si elle est jugée indispensable, en particulier par le représentant de l'ARS, de l'ODM et la consultante en santé. La persistance du cloisonnement hospitalier-ambulatoire est constatée ; la nécessité de réorganiser les soins de santé primaires pour répondre à la demande est régulièrement citée [19]. Les inégalités sociales de santé s'accroissent. Les patients ont l'impression de dépenser plus pour avoir accès à des soins de qualité. L'enquête de l'IRDES sur la santé et la protection sociale montrait qu'il y avait une augmentation du renoncement aux soins pour des raisons financières [20].

Les déserts médicaux sont évoqués par les patients et les institutionnels. En fait, les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980 : en 2016, 98 % de la population était à moins de dix minutes du médecin généraliste le plus proche [9]. L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur qui intègre la disponibilité de l'offre médicale, les besoins de soins des patients et leurs déplacements en fonction de leur âge. En 2016, l'accessibilité moyenne aux médecins généraliste était de 4,1 consultations par an et par habitant. Il existait 9 142 communes en situation de sous-densité avec moins de 2,5 consultations par habitant et par an. Elles correspondaient aux communes rurales périphériques des grands pôles et aux communes hors influence des pôles. Pour autant, les patients ont des difficultés à trouver un médecin traitant : beaucoup de médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients. Les déserts médicaux sont une réalité mais ne résultent pas nécessairement du manque de médecins, mais du manque d'attractivité des territoires pour l'installation.

Les patients expriment la crainte d'un système plus coûteux et ont l'impression que le reste à charge augmente. En 2016, la consommation des soins et des biens médicaux était évaluée à 2 970 euros par habitant : 77 % pris en charge par la Sécurité sociale, 13,3 % par les organismes complémentaires et 8,3 % à la charge des patients, soit 0,9 % de moins qu'en 2011 [21].

La perception des patients n'est donc pas conforme à la réalité.

La prévention est peu citée par les patients et les médecins. C'est pourtant une volonté affichée en France avec création de l'Agence nationale de santé publique. En 2016, l'État et les collectivités locales ont financé à 59 % les actions de prévention institutionnelles. Pour autant, la même année, la prévention ne représentait que 2,2 % des dépenses de santé courante, soit 87 euros par habitant, alors que le coût total de la santé par habitant était de 2 970 euros [21]. La marge de progression est grande...

Perspectives

Cette étude montre que la spécialité médecine générale n'est pas encore une valeur acquise et comprise. Le rapport Druais [22] a fait en 2015 des propositions pour améliorer la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Aujourd'hui, des actions concrètes permettraient d'affirmer la spécialité :

- le déploiement de la FUMG avec des moyens appropriés et une propension plus nette vers l'ambulatoire pour être en adéquation avec le futur exercice ;
- l'intensification de la sensibilisation précoce aux soins de santé primaires dans le cursus universitaire pour améliorer l'attractivité de la médecine générale ;
- le développement de la recherche en soins de santé primaires pour fournir des données de terrain aux décisions de santé publique ;
- une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et par secteurs d'activité pour garantir une égalité d'accès aux soins ;
- la mobilisation de la profession pour que les médecins généralistes croient davantage en leur spécialité ;
- le regroupement de professionnels pour proposer un exercice plus attractif, une meilleure organisation, de meilleures performances : les maisons de santé pluriprofessionnelles (unités opérationnelles de proximité qui permettent un travail coopératif) ; les communautés professionnelles territoriales de santé (coordination des acteurs locaux pour améliorer la prise en charge des patients) ;
- la diversification des modes de rémunération pour sortir d'un paiement à l'acte inadapté et inflationniste ;
- le développement de la prévention pour sortir du tout curatif ;
- une sensibilisation des patients à une meilleure utilisation des ressources du système de santé pour optimiser le parcours de soins.

Conclusion

En place depuis plus d'une décennie, la spécialité médecine générale peine à s'authentifier. Les patients n'ont pas pris conscience de sa création. Les médecins généralistes n'ont pas observé de changement notable.



Pour la pratique

- Pour affirmer la médecine générale comme spécialité, quelques pistes peuvent être proposées :
 - le déploiement de la FUMG ;
 - la sensibilisation précoce aux soins de santé primaires dans le cursus universitaire ;
 - le développement de la recherche en soins de santé primaires ;
 - une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et par secteurs d'activité ;
 - la mobilisation des médecins généralistes pour leur spécialité ;
 - le regroupement de professionnels de santé ;
 - la diversification des modes de rémunération ;
 - le développement de la prévention ;
 - une sensibilisation des patients à une meilleure utilisation des ressources du système de santé.

Les institutionnels constatent que le système de santé n'est plus adapté à l'évolution de la médecine et de la société.

Malgré cet impact du DES insuffisamment perçu sur le terrain, la médecine générale se redéfinit. La filière universitaire est née, elle grandit et s'émancipe. La médecine générale a une position centrale dans le parcours de soins : elle est l'essence même de soins de santé primaires efficaces. La légitimité universitaire et professionnelle est acquise, il reste à trouver une légitimité sociétale à la médecine générale, notamment en tant que spécialité. Les évolutions en cours devraient conforter cette reconnaissance.

Une orientation du système de santé vers les soins de santé primaires pourrait structurer la médecine de demain. Un équilibre entre une demande qui croît et une offre qui se modernise reste à trouver.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Presse Med* 2013 ; 42 (3) : 258-60.
2. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève : OMS, 2008, http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf (consulté le 05/02/19).
3. Virama-Latchoumy L. *Impact de la spécialisation de la médecine générale sur la perception du système de santé français* [thèse de médecine]. Bordeaux : université de Bordeaux, 2018.
4. Martos S. Internat : des maîtres de stage plus nombreux. *Quotidien du médecin* 27 juin 2018. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/27/internat-des-maitres-de-stage-plus-nombreux-mais-toujours-insuffisants-en-ambulatorio-saspas_859277 (consulté le 05/02/19).
5. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants. Chefs de cliniques des universités en médecine générale, déjà 10 ans. *ReAGJIR*, 2018, <https://www.reagir.fr/blog/2017/11/20/chefs-de-clinique-universites-medecine-generale-deja-10ans/> (consulté le 05/02/19).
6. Martos S. Un enseignant pour 86 étudiants en médecine générale, de pire en pire ! *Quotidien du médecin* 26 juin 2018. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/26/un-enseignant-pour-86-etudiants-en-medecine-generale-de-pire-en-pire_859241 (consulté le 05/02/19).
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Médecins : les épreuves classantes nationales (ECN). Portrait des professionnels de santé. *DREES* 2016 ; 13-3 : 94-9. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche13-3.pdf> (consulté le 05/02/19).
8. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2017. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf (consulté le 05/02/19).
9. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. *DREES Études et résultats* 2018 ; 1061. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf (consulté le 05/02/19).
10. Jeanson Chenu J. *Quelles sont les représentations des médecins généralistes au sujet de la recherche en médecine générale ?* [thèse de médecine]. Université de Brest-Bretagne Occidentale, 2017. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01724193/document> (consulté le 05/02/19).
11. Hajjar F. *État des lieux de la recherche en médecine générale/soins primaires en Union européenne, aux États-Unis et au Canada de 1974 à 2014* [thèse de médecine]. Université Pierre-et-Marie-Curie, 2017. http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/HAJJAR_THESE.pdf (consulté le 05/02/19).
12. Taha A, Boulet P, Beis JN. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *Exercer* 2015 ; 122 : 267-82. <https://www.exercer.fr/numero/122/page/267/pdf/> (consulté le 05/02/19).
13. Gay B, Ringa V, Druais PL. Recherche en soins de santé primaires. Propositions du Comité interface Inserm-médecine générale et du Collège de la médecine générale. 2014. [file:///C:/Users/propritaire/Downloads/Propositions%20RechercheSoinsPrim%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/propritaire/Downloads/Propositions%20RechercheSoinsPrim%20(1).pdf) (consulté le 05/02/19).
14. Golfoue A, Pheng B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^e cycle des études médicales. Rapport ONDPS, 2015, <http://www.remede.org/documents/rapport-ondps-2015-ECN.html> (consulté le 05/02/19).
15. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale 2016 en France. Conseil national de l'Ordre des médecins, 2017, https://www.conseil.national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf (consulté le 05/02/19).
16. El Hafdi S. *Le ressenti du patient sur la consultation de médecine générale* [thèse de médecine]. Université Picardie-Jules-Vernes-Amiens, 2016. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364880/document> (consulté le 05/02/19).
17. Gaborieau P. *Qu'est qu'un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud* [thèse de médecine]. Tours : université François-Rabelais, 2013. www.applis.univtours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_GaborieauPauline.pdf (consulté le 05/02/19).
18. Bretagne P. 10 ans de spécialité en médecine générale : ce qui a changé pour vous. *Le Généraliste* 2017 ; 2790 : 10-5.
19. Bourguet Y. Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrée sur des besoins de base à une approche centrée sur l'organisation de soins. *Rev Hosp Fr* 2011 ; 538 : 12-6. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/431566/> (consulté le 05/02/19).
20. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris : IRDES, 2010, Rapport n° 547. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf> (consulté le 05/02/19).
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé. Paris : DREES, 2017, http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf (consulté le 05/02/19).
22. Druais PL, Certain MH, Combier M, Frappé P, Gay B. *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé*. Rapport à Madame la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf (consulté le 05/02/19).