Profession
médecine générale

Référentiel professionnel de la médecine générale

Mars 2025

un outil du CMG

Ce document s'adresse à tous les professionnels de santé,
aux acteurs du système de soins, aux pouvoirs publics et à la population.

Comité de pilotage

Jacques Battistoni - MG France
Pauline Bertois - SOS Médecins
Olivier Cadiou - ReAGJIR
Frédéric Chevallier - SFMG
Antoine de Beco - SFTG
Eric May - USMCS
Racha Onaisi - CNGE Collège Académique
Yohan Saynac - MG France
Frédéric Villebrun - USMCS

SOMMAIRE

PRÉFACES 7
Préface de Paul Frappé, président du CMG 7
Préface d'Isabelle Richard, directrice de l'EHESP 8
Préface de Didier-Roland Tabuteau, vice-président du Conseil d'État 10

GLOSSAIRE 13

INTRODUCTION 15

CHAPITRE 1
Un contexte qui pose de nouveaux enjeux 23
L'accès aux soins de proximité, un enjeu prioritaire 25
Face à l'augmentation des besoins de santé, l'enjeu de prévention pour un système qui doit rester soutenable 28
Intégrer les questions environnementales dans la pratique des médecins généralistes 36
Se connaître pour évoluer dans et avec un système en mouvement 38
Préserver la relation médecin-patient, un principe directeur 50
En conclusion 52

CHAPITRE 2
Valeurs, missions et compétences 53
Toute activité humaine se réfère à des valeurs 54
Missions des médecins généralistes 57
Compétences 69

CHAPITRE 3
Engagements 79
Nos engagements, notre responsabilité sociale pour la santé 81
Une responsabilité partagée par des politiques publiques de santé ambitieuses pour les soins primaires 82

CONCLUSION 86

REMERCIEMENTS 87

ANNEXES 89

Ce document, s'il est affiché sur écran informatique dans son format d'origine (PDF), est interactif. Tous les liens sont cliquables et vous pouvez accéder à toutes les pages depuis le sommaire en cliquant sur le titre de la page qui vous intéresse.
Revenez au sommaire en cliquant dans le pied de chaque page.

PRÉFACE

Paul **Frappé**
Président du CMG

Alors que les diplômés de médecine générale constellent l'écosystème de santé (cabinets médicaux, urgences, gériatrie, médecine hospitalière polyvalente, PMI, médecine du travail, médecine vasculaire, médecine du sport, Assurance maladie, informatique médicale, … : on les retrouve partout) ;

Alors que les métiers de la santé se diversifient et que leurs propres frontières bougent selon une logique pas toujours très lisible, attisant des luttes corporatistes qui plombent le développement de parcours de soins harmonieux ;

Alors qu'est toujours active l'idée saugrenue de fragmenter en mini-spécialistes de tous crins les acteurs d'une médecine générale dont la principale plus-value est sa transversalité ;

Alors que les médecins généralistes témoignent d'une quête de sens qui n'a jamais été aussi forte, se débattant dans l'amer ressenti d'une négation de la vraie valeur de leur travail ; alors qu'ils tentent de résister aux appels des sirènes de la vénalité, face aux incitations à l'installation devenues une véritable foire à la saucisse, ou face à l'émergence de toutes sortes de bulles financières d'exercices opportunistes ;

Il était grand temps de doter notre spécialité d'un nouveau référentiel.

Ce référentiel ne vise ni à exclure (il n'a pas de chapitre sur « ce que n'est pas la médecine générale »), ni à enfermer le médecin généraliste dans une image d'Épinal.
Ce référentiel est un dictionnaire qui permet d'appeler un chat un chat, de parler le même langage entre acteurs du soin comme entre décideurs.
Il nomme pour reconnaître, pour caractériser, pour permettre les interactions : pour que chaque pièce puisse trouver sa juste place dans l'horlogerie du système de santé. Il témoigne de l'attachement des médecins généralistes à leur cœur de métier, de leur dévouement, de leur engagement.
Il insuffle une dynamique dont chacun peut se saisir.

Ce référentiel est une œuvre. Un travail monumental basé sur les faits.
Un trésor de consensus forgé dans la collégialité pour lui procurer une légitimité sans faille. Un immense merci à tous ceux qui ont permis et œuvré à son élaboration.

La science évolue. La société évolue. La médecine générale évolue.

PRÉFACE

Isabelle **Richard**
Directrice de l'EHESP

Près de 15 ans après le précédent, voici le nouveau référentiel que la médecine générale propose, à l'intention d'un public large.
Exercice d'auto-analyse, d'auto-évaluation, mais aussi de prospective pour son propre champ d'activité, cet ouvrage se veut également un outil du débat démocratique autour des questions de santé et d'organisation de l'offre de soins, partagé avec tous les acteurs, autres professionnels de santé, décideurs et surtout personnes usagères du système de santé qu'elles soient ou non, à un moment donné, des patientes et patients.

Il arrive à un moment où la nécessité d'une adaptation profonde à un ensemble de processus de transition liés aux évolutions démographiques, épidémiologiques, numériques, climatiques, géopolitiques est unanimement reconnue, et où l'urgence ressentie rend acceptables des évolutions auxquelles, disons-le, le corps médical dans son ensemble a été souvent réticent.
Il devient ainsi possible de pousser résolument la porte entrouverte par des pionniers et de relier dans un ensemble cohérent les fils d'histoires jusqu'ici en partie distinctes.

Sous-jacents aux propositions de cet ouvrage, le lecteur apercevra ainsi les principes de la charte d'Ottawa définissant la promotion de la santé[1] ;
les travaux des pionniers canadiens de l'éducation médicale et de la définition des compétences et leur diffusion en France[2] ; la traduction de ces concepts dans la pédagogie de la médecine générale par les premiers enseignants de cette discipline[3] ; les travaux de la WONCA précisant les contours de ce métier[4] ;
les recommandations de l'OMS concernant la centralité des soins primaires pour assurer un accès aux soins pour tous et réduire les inégalités de santé[5] ;
et plus généralement les valeurs et concepts souvent implicites, mais ici explicites, qui unissent les praticiens de cette spécialité.

La chance exceptionnelle de la médecine générale, probablement transitoire, est résumée dans le graphique page 26. Pour la première fois de son histoire, ce groupe professionnel devient réellement mixte, et les femmes âgées de 30 à 45 ans en constitueront entre 2025 et 2040 le groupe le plus nombreux.
Loin d'envisager cette situation comme un risque, ou au seul prisme du temps de travail disponible, cette situation est une opportunité incroyable de dynamisme et d'innovations. Elle permettra très probablement d'intégrer rapidement dans l'exercice quotidien les évolutions technologiques, justifiant la place faite dans cet ouvrage à l'échographie clinique ciblée et aux apports de l'intelligence artificielle, mais aussi les innovations organisationnelles.

Et ce référentiel affirme le rôle du médecin généraliste dans l'organisation de l'offre de soins, de celle des soins non programmés à celle du suivi au long cours de personnes souffrant de pathologies multiples, dans l'animation d'une communauté pluriprofessionnelle, dans la prévention et la promotion de la santé, dans le dialogue avec d'autres partenaires pour un plaidoyer en faveur de conditions de vie et d'environnement favorables à la santé.

Enfin, loin d'attitudes corporatistes ou constituées d'abord de revendications ou de plaintes, ce référentiel optimiste se conclut sur un ensemble d'engagements permettant de nouer avec les pouvoirs publics, et donc avec la population qu'ils représentent, un partenariat volontariste au service de la santé de toutes et tous.

Il est à ce titre un modèle de ce que pourrait être, dans l'ensemble des champs du service public, une proposition d'alliance entre professionnels et société civile au service des valeurs fondant les démocraties sociales.

1 - Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986 [Internet].
Organisation Mondiale de la Santé - Genève : OMS; 1986 [cité le 7 mars 2025].
Disponible sur : **iris.who.int/handle/10665/349653**

2 - Penser la formation des professionnels de la santé : une approche intégrative.
Jouquan J, Parent F. - Bruxelles : De Boeck Supérieur; 2013.

3 - La formation initiale à la médecine générale. In : Gervais Y, éditeur. Histoire de la médecine générale de 1949 à nos jours.
Huez JF. - Paris : Les Belles Lettres; 2022. p. 454-761.

4 - The European definition of general practice/family medicine.
WONCA Europe; 2023

5 - Soins de santé primaires [Internet].
Organisation mondiale de la Santé. OMS; 2023 [cité le 7 mars 2025].
Disponible sur : **who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care**

PRÉFACE

Didier-Roland **Tabuteau**
Vice-Président
du Conseil d'État

Médecine générale : le rapprochement des deux termes peut a priori sembler pléonastique.
L'approche de la santé d'une personne ne devrait-elle pas, par nature, être globale ? Pourtant lorsque l'on regarde de plus près la signification de l'adjectif « général », on peut y trouver bien des indices de l'importance de la médecine générale pour la population comme pour chacun d'entre nous.

Dans le dictionnaire de l'Académie française[6], l'une de ses définitions est ainsi exprimée : « dont les compétences ou les pouvoirs s'étendent à l'ensemble d'un domaine, d'un organisme, d'un territoire, et, par extension, qui occupe la position la plus élevée » ...
Comment ne pas retrouver dans cet énoncé abstrait la place essentielle du médecin généraliste dans notre société ?

Son domaine : une compétence d'entrée et d'accompagnement dans le système de santé, ce que le législateur a consacré à l'article L 4130-1 du code de la santé publique en définissant les missions du médecin généraliste de premier recours.
Pour chaque patient, il est le médecin de famille, celui qui suit la santé tout au long de la vie, de la prévention à la prise en charge des maladies saisonnières en passant par le suivi des pathologies chroniques et l'intervention lors des accidents de la vie courante.
Pour le système de soins, il est l'assembleur de la détection, du diagnostic, de la thérapeutique et du parcours de soins, capable d'identifier les symptômes d'alerte, de traiter les pathologies courantes et d'orienter, si nécessaire, vers les autres spécialistes appropriés.

Son organisme : la personne humaine dans sa globalité, des difficultés physiques aux troubles psychiques, des maladies enfantines aux pertes d'autonomie liées à l'âge, de l'accident à la pathologie, des épidémies aux dépendances, ...
Entre psychologie et clinique, entre écoute et conseil, entre recommandation et prescription, le médecin généraliste met ses compétences, sa vigilance et son empathie au service de la personne qui s'adresse à lui, avec ses attentes, ses inquiétudes, parfois ses exigences ou ses incompréhensions.

Son territoire enfin : la campagne, le quartier ou la ville dans laquelle il exerce, cette aire géographique et populationnelle dont il est une ressource rare, un point d'ancrage et de protection au quotidien.
Les enjeux de la démographie médicale ont donné à cette attache du médecin généraliste au territoire une acuité renouvelée.

Cette vocation territoriale a, là encore, été reconnue par le code de la santé publique[7] qui confie au médecin généraliste la mission de contribuer à l'offre de soins ambulatoire.

Si la fonction éminente de la médecine générale semble aujourd'hui évidente et ne peut qu'être renforcée par les évolutions technologiques, notamment par l'essor de l'intelligence artificielle, elle est le fruit d'une longue et laborieuse évolution.
Depuis 1945, la médecine générale a trop souvent été définie en creux, par opposition à une médecine spécialisée, technicisée et centrée sur les organes. Et les ordonnances Debré de 1958, en structurant l'hôpital moderne autour des spécialités techniques ont retardé l'émergence de la médecine générale universitaire.

Il a fallu attendre les évolutions des années 1980 et surtout des années 2000 pour que la médecine générale trouve pleinement sa place.
Après l'institution d'un internat de médecine générale par la loi du 23 décembre 1982[8] et sa transformation en résidanat en 1987[9], la loi du 17 janvier 2002[10] et le décret du 16 janvier 2004[11] ont établi l'internat de médecine générale que nous connaissons aujourd'hui et le diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DES)[12].
En 2006, une sous-section de médecine générale rattachée à la médecine interne a été créée au sein du Conseil national des universités (CNU)[13] avant que deux ans plus tard, une filière universitaire de médecine générale soit mise en place[14]. L'autonomie de la sous-section de médecine générale au sein du CNU a été acquise en 2015 par un arrêté créant la sous-section 5303[15].

Alors que la médecine est toujours tiraillée entre un héritage humaniste d'écoute et d'accompagnement de la personne et sa nécessaire technicisation pour offrir au malade les thérapeutiques issues de la recherche, entre une vision holistique et une vision très spécialisée qui risque de reléguer le malade derrière la maladie, la médecine générale permet de réunir ces deux approches.

Elle vise en effet à une prise en charge globale et coordonnée, qui conjugue démarche préventive et action curative.
Elle joue un rôle crucial dans le suivi des personnes âgées et des populations vulnérables. Son approche est polyvalente : le médecin généraliste accueille sans distinction d'âge ni de pathologie, examine, diagnostique, soigne et oriente. Il prescrit des traitements, surveille les maladies chroniques, demande des examens complémentaires et collabore avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.).
Il est aussi un acteur de premier plan de la santé publique, via l'éducation pour la santé, la prévention notamment en matière de vaccination et de dépistage et les veille et vigilances sanitaires.
La reconnaissance de son rôle dans la coordination des soins a été renforcée par la loi du 13 août 2004, avec l'instauration du médecin traitant.

Dans leur exercice, les médecins généralistes sont confrontés à l'ensemble des mutations de l'environnement médical, du vieillissement de la population à l'augmentation des pathologies chroniques qui l'accompagne, des inégalités sociales et territoriales aux difficultés de la démographie médicale.

Le référentiel publié par le Collège de la Médecine Générale s'inscrit, par une démarche fédératrice, dans ce mouvement d'épanouissement de la médecine générale. Il marque une avancée nouvelle dans la construction historique de la médecine générale et une formalisation opportune de ses valeurs communes. Ce document ne peut manquer d'être un outil précieux pour affirmer le rôle fondamental d'une mission cruciale pour notre système de soin et pour rappeler le socle commun à toute la profession. Bien loin de se limiter à une description et à une analyse des enjeux actuels, il poursuit un objectif d'intérêt général en confortant la relation entre le patient et le médecin, la collaboration entre professionnels, l'ancrage territorial et la qualité des soins de premier recours.

Je suis convaincu que les praticiens, et plus largement l'ensemble des acteurs de notre système de santé, sauront en tirer le meilleur parti.

6 - Neuvième édition, tome 2
Imprimerie nationale / Fayard Editions

7 - Article L 4130-1 du code de la santé publique

8 - Loi n° 82-1098 relative aux études médicales et pharmaceutiques

9 - Article 56 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social

10 - Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

11 - Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

12 - Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

13 - Sous-section 5301

14 - Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale et décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale

15 - Arrêté du 19 mars 2015 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous- sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, JO du 8 avril 2015

GLOSSAIRE

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

IA : l'intelligence artificielle désigne la "capacité d'une machine à faire preuve de capacités semblables à celles de l'Homme, telles que le raisonnement, l'apprentissage, la planification et la créativité"[16]. Elle correspond à "un ensemble d'algorithmes conférant à une machine des capacités d'analyse et de décision lui permettant de s'adapter intelligemment aux situations en faisant des prédictions à partir de données déjà acquises"[17].

Infirmier.es ASALEE : le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques[18].

IPA : infirmier.e de pratique avancée

Littératie en santé : « La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ».[19]

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

SAS : le Service d'Accès aux Soins est un dispositif mis en place pour réguler l'accès aux soins urgents ainsi qu'aux soins non programmés en l'absence du médecin traitant pendant les horaires de la continuité des soins, en collaboration avec les acteurs locaux de son territoire.

Soins primaires : « Les soins primaires constituent un premier niveau de soins accessibles à tous et permettant de répondre à une majorité des besoins individuels de santé de chacun au sein de la population. Ils s'inscrivent dans un partenariat durable à long terme avec les personnes (malades et non malades) et s'exercent dans le contexte de la famille, de la communauté et de l'environnement naturel et bâti. Ils sont délivrés par des prestataires de soins de santé généralistes, médicaux, paramédicaux et sociaux, idéalement travaillant en équipe ou en réseaux de soins et partageant en général un même lieu. Ceux-ci participent à la santé d'une population sur un territoire donné, notamment par leur rôle dans la promotion de la santé et la prévention ».[20]

Universalisme proportionné : « L'universalisme proportionné consiste à offrir des interventions universelles, c'est-à-dire destinées à l'ensemble des familles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins. Celles-ci peuvent varier selon des considérations de revenu, d'ethnie, de langue ou une problématique particulière. Cette approche inclut aussi la réduction ou le retrait des barrières qui limitent l'accès aux interventions ».[21]

16 - State of the art and practice in AI in education.
Holmes, W., & Tuomi, I. (2022) - European Journal of Education, 57, 542–570.

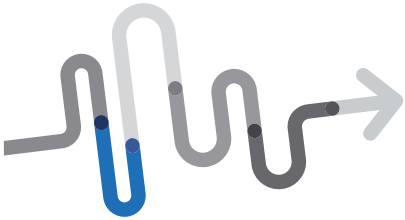
17 - Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA)
En ligne : **cea.fr/comprendre/Pages/nouvelles-technologies/essentiel-sur-intelligence-artificielle.aspx**

18 - Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires.
Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M (Irdes) - Questions d'économie de la santé, 2018
En ligne : **irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf**

19 - Adaptation de Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health.
Santé Publique France - Archives of Public Health, 2014, vol. 72, no 1 : p. 10.
En ligne : **santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique**

20 - Imaginer les soins primaires de demain.
Ouvrage collectif sous la direction de Nicolas Senn - 2025 RMS Editions

21 - Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances.
Poissant J. - Québec : INSPQ ; 2014. 34 p.
En ligne : **inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1771_condsucactdeveenf_etatconn.pdf**



Profession
médecine générale
Référentiel professionnel de la médecine générale

INTRODUCTION

Un référentiel qui s'adresse
à un large public 17

Une démarche fédératrice ouverte
dans un moment décisif 18

Un référentiel
qui complète l'existant 20

Pour actualiser le référentiel métier des médecins généralistes, il nous a semblé fondamental de prendre en compte les référentiels antérieurs.

Le plus récent, réalisé en 2009 sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), se voulait résolument orienté sur la formation des futurs médecins généralistes ; il a été rédigé à la suite de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité à part entière avec un cursus de formation remanié. Le précédent avait été réalisé en 1999 à l'initiative de l'association MG Form, pour disposer d'un outil destiné aux médecins généralistes en activité ou en formation, axant son contenu sur les connaissances et compétences attendues des médecins généralistes.

Notre démarche aujourd'hui vise à actualiser ces travaux antérieurs.
Plus encore, il s'agit de rendre visible aux yeux de tous l'engagement de notre profession à faire face aux enjeux en santé, à l'évolution des besoins de soins et de santé de la population dans un monde qui change.

Un référentiel qui s'adresse **à un large public**

Notre but est que chacun puisse s'approprier ce nouveau référentiel selon sa situation et ses besoins.

En premier lieu, il s'adresse à notre profession elle-même. Ce référentiel a pour objectif d'être une boussole et un guide pour les médecins généralistes d'aujourd'hui et de demain.
Le champ de compétences des médecins généralistes s'est étoffé, ainsi que leurs responsabilités en parallèle. Les transformations du système de santé et la fréquence accrue des pathologies chroniques sont autant de facteurs qui ont complexifié leur métier.
Dans ce référentiel, nous replaçons au cœur de nos actions quotidiennes la réponse aux besoins de santé de la population, ceux d'aujourd'hui comme ceux auxquels nous serons confrontés dans un avenir proche.

À nos partenaires de soins du quotidien, professionnels de santé ambulatoires, médecins spécialistes de second recours et des établissements de santé, nous souhaitons faire connaître et comprendre les contours et les missions qui nous incombent aujourd'hui en tant que médecins généralistes auprès des patients.
Notre objectif est de renforcer les liens qui nous unissent pour mieux soigner les patients, en améliorant et en pérennisant les modèles de coopération interprofessionnelle et les parcours de santé.
Cela passe également par la reconnaissance des compétences et missions de nos partenaires que nous avons sollicités pour le référentiel.
Avec eux nous souhaitons poursuivre sur le long terme ces échanges constructifs.

Pour nos partenaires institutionnels, ce référentiel décline les différents engagements en faveur de la population que notre profession est prête à prendre. Très attentifs au contexte démographique tendu dans lequel nous sommes plongés depuis plusieurs années, il n'est pas question ici de prendre des engagements qui seraient irréalistes sans un soutien adapté et durable des pouvoirs publics. Aussi nous préciserons par-delà nos engagements, les conditions qui nous semblent nécessaires à leur bonne réalisation. Ce référentiel peut être vu par les pouvoirs publics comme un manifeste, équilibrant propositions et engagements de notre part, responsabilisation de chaque rouage de notre système de santé et politiques publiques en faveur des soins primaires.

Enfin pour les usagers du système de santé que nous sommes tous, le but de ce travail est de décliner toutes nos actions pour leur santé, et de leur permettre une lecture claire sur la façon dont nous pouvons répondre à leurs besoins de soins et de suivi au quotidien et tout au long de leur vie. C'est un guide d'accompagnement dont le but est également de renforcer notre partenariat avec les patients et les associations qui les représentent, en leur donnant les moyens de s'inscrire dans une démarche proactive en faveur de leur santé, en tant que premier partenaire dans la relation de soins que nous construisons avec eux.

Une démarche fédératrice ouverte **dans un moment décisif**

La crise, une opportunité pour retrouver du sens collectivement.

Conscients du moment décisif traversé par notre système de santé, les rédacteurs de ce référentiel ont initié un processus fédérateur avec toutes les structures représentatives de la médecine générale aujourd'hui en France qui constituent le Collège de la Médecine Générale (CMG).
Elles sont la diversité qui fait la force et la complémentarité de notre profession, avec la volonté qui nous anime conjointement de prendre soin de toute la population.

En cohérence avec le développement de l'exercice coordonné, notre démarche a aussi eu pour but de recueillir les attentes et représentations d'instances représentatives des autres professions de soins de santé primaire concernant la réponse en santé offerte par la médecine générale.

L'actualisation du référentiel de la médecine générale a pour ambition de montrer la place des médecins généralistes et l'offre de soins qu'ils représentent pour la population.

Un comité de pilotage de neuf personnes, constitué au sein du CMG, a proposé une présentation du référentiel au Congrès de la Médecine Générale (CMGF) 2025. Ce délai bref avait pour but de stimuler la réflexion et d'entraîner l'adhésion des structures participantes au CMG.

Une démarche fédératrice ouverte à toutes les composantes de la profession et au-delà.

Dans un premier temps, après avoir examiné les référentiels existants en France et ailleurs, notre priorité était de créer une dynamique autour du référentiel en demandant une contribution aux structures adhérentes.

Cette collecte constitue notre premier cahier de référence. Parallèlement, nous avons demandé aux partenaires des médecins généralistes[22] de nous livrer leurs analyses et leurs recommandations. La collecte de ces contributions a constitué un deuxième cahier auquel s'est ajouté celui de personnalités qualifiées pour leur connaissance de notre système de santé et de notre profession.
Les représentants des usagers de santé ont été interrogés durant cette étape ; leurs questions nous ont interpellés.

Plusieurs thématiques nous ont semblé nécessiter un coup de projecteur particulier. **La santé mentale et la santé au travail prennent une large place dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.** Chacune fait l'objet d'une contribution spécifique (cf. Annexes).
L'émergence de nouveaux outils, auxquels et avec lesquels la profession s'adapte, est notamment développée dans les contributions consacrées à l'échographie et à l'IA[23].

Le comité de pilotage, regroupant l'ensemble des forces vives de notre profession, s'est donné pour objectifs l'organisation d'une conférence de concertation en décembre 2024 puis la rédaction du document de synthèse qui constitue notre référentiel professionnel.

22 - Autres professions médicales, professions paramédicales, fédérations d'exercice coordonné, patients et usagers, médecins hospitaliers ...

23 - Ces contributions sont accessibles sur le site du Collège de la Médecine Générale, notamment à partir des codes QR annexés au présent document.

Un référentiel **qui complète l'existant**

Comparer comment s'organisent l'exercice de la médecine générale et sa définition au travers de référentiels dans les autres pays enrichit la compréhension des dynamiques propres à la médecine générale en France.

En Belgique, pays aux trois communautés linguistiques, il n'existe pas de référentiel national unifié pour la médecine générale. Ce sont les initiatives universitaires régionales, influencées selon les communautés par le modèle français et/ou néerlandais qui définissent des référentiels de formation propres à leurs universités.
Ce cadre décentralisé de la formation est en partie unifié à l'échelle du pays par le système de financement et les principes d'organisations contractuelles de la médecine générale. Un modèle mixte de financement émerge : à côté du financement à l'acte dominant, un système de capitation équilibré par des critères démographiques et sociaux est envisagé. Ces changements posent la question de la définition d'un référentiel de la médecine générale pour toute la Belgique.

En Espagne, le référentiel de la médecine générale est public, évolutif et soutient le rôle pivot du médecin dans les stratégies de santé publique.
Le système de soins primaires se distingue par une organisation territorialement normée. La décentralisation des soins initiée en 2001 s'appuie sur la réponse aux besoins de santé de base, où les centres de soins primaires, au sein desquels exercent les médecins de famille travaillant en équipe, assument clairement une responsabilité populationnelle.
Ce modèle renforce le travail en équipe pluridisciplinaire et incarne une vision avancée de l'intégration des soins. Le référentiel de la médecine générale est étroitement articulé à la politique de soins primaires.

La Suisse, quant à elle, offre un paysage fragmenté par son organisation cantonale. Chaque médecin construit son parcours professionnel en suivant les standards locaux.
Cette diversité structurelle, allant de la pratique hospitalière à la médecine libérale, reflète l'importance d'un cadre adapté aux contextes locaux. La notion de référentiel y est moins associée à la pratique clinique qu'à la formation professionnelle.

Établir un référentiel, c'est donner aux spécialistes de médecine générale (communément appelés médecins généralistes) et notamment aux plus jeunes, aux autres professionnels de santé, aux usagers et aux pouvoirs publics, un cadre de repères pour préciser le rôle et les fonctions de la médecine générale dans le système de santé.

Un référentiel se décompose en trois domaines, dont le premier, le référentiel d'activité, décrit les activités et fonctions clés du métier.
Ces activités, pour être réalisées de manière optimale et avec une garantie de qualité, s'appuient sur des compétences qui reposent sur des savoirs, des savoir-faire et savoir-être mobilisables dans l'action (référentiel de compétences).

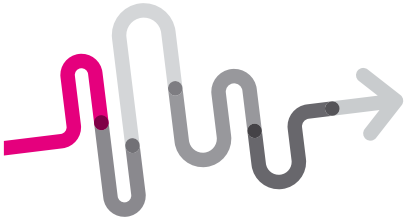
Enfin, il sert de guide pour la formation qu'elle soit initiale ou continue (référentiel de formation). Les différentes fonctions du référentiel reflètent les multiples attentes vis-à-vis du médecin généraliste pour répondre aux besoins de santé de la population.

Ainsi conçu, ce référentiel n'est pas un carcan. Il s'inscrit dans une logique de droit souple ou « soft law », offrant un cadre évolutif qui accompagne les mutations du système de santé. Il s'adapte aux besoins de la population et aux changements du système de santé, pour articuler réponse aux besoins des patients, attentes des professionnels et priorités en santé publique.
Il ne trouve son utilité que s'il est reconnu, utilisé et partagé par l'ensemble des acteurs et en premier lieu les médecins généralistes. Il doit aussi répondre aux interrogations et projections des futurs médecins, notamment futurs généralistes, et contribuer ainsi à améliorer l'attractivité de la profession.

Les précédents référentiels de notre profession (MG Form 1999 – Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2008 - CNGE 2009) traitaient des compétences, des savoirs et des savoir-faire mis en œuvre par les médecins généralistes, afin de contribuer à la définition des programmes de formation initiale et de guider les formateurs de formation médicale continue (FMC).

L'angle choisi par le Comité de pilotage pour le travail présenté dans ce document vient compléter ces précédentes approches.
Organisé autour des missions présentes et à venir des médecins généralistes, il se propose de montrer comment la place de ces professionnels de santé dans le système de santé et dans la société française leur permet de répondre à quelques-uns des principaux besoins de santé de la population.
Le travail réalisé sur les compétences, que nous rappellerons au fil de ce référentiel, reste pour l'essentiel d'actualité.

Les missions décrites dans ce référentiel sont réalistes et réalisables en s'appuyant sur les compétences des médecins et de leurs partenaires en santé. Nous exposerons en détails les conditions nécessaires à la poursuite et au développement de leur réalisation pleine et entière.



Profession
médecine générale
Référentiel professionnel de la médecine générale

CHAPITRE 1

Un contexte qui pose de nouveaux enjeux

L'accès aux soins de proximité,
un enjeu prioritaire 25

Face à l'augmentation des besoins de santé,
l'enjeu de prévention pour un système qui doit rester soutenable 28

Intégrer les questions environnementales
dans la pratique des médecins généralistes 36

Se connaître pour évoluer
dans et avec un système en mouvement 38

Préserver la relation médecin-patient,
un principe directeur 50

L'accès aux soins de proximité, **un enjeu prioritaire**

Le système de soins est aujourd'hui confronté à des défis majeurs liés aux transformations de la société française et des professions de santé : l'augmentation des besoins en santé due au vieillissement de la population et au poids croissant des maladies chroniques, la pénurie de soignants, l'évolution des pratiques professionnelles, l'essor du numérique et des nouvelles technologies,...

Les soins primaires : un moyen d'assurer l'accès aux soins pour tous

Pour répondre aux besoins de santé de la population, l'importance des soins primaires est devenue de plus en plus évidente[24].
Kerr White, épidémiologiste américain, a montré dès les années 1960 le rôle crucial des soins primaires en tant que première ligne de prise en charge pour la majorité des problèmes de santé. Sur 1 000 personnes présentant un problème de santé, environ la moitié ne sollicite pas de soins. Parmi les 450 personnes ayant bénéficié de soins, **200 à 300 ont consulté un médecin généraliste dont l'activité est variée** (annexe n°1). Une à trois personnes seulement requièrent des soins ou une hospitalisation dans un CHU (soins tertiaires)[25].
Cette description de l'écologie des soins reste pertinente aujourd'hui, y compris en France[26], pour réfléchir à l'organisation du système de santé de manière efficace et centrée sur les besoins de la population.

L'objectif du système de santé français est de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population au sein de chaque territoire, en veillant notamment à ce que toute personne puisse accéder aux soins de premier recours dans des délais adaptés à ses besoins, dans le cadre d'un parcours de soins cohérent et structuré permettant de garantir la qualité et la continuité des soins.
Dans ce cadre, **il est essentiel de prendre aussi en charge les personnes qui ne sollicitent pas spontanément des soins.** Cette absence de demande peut être liée à une méconnaissance de leurs besoins en santé.
Le renoncement aux soins peut aussi résulter de difficultés financières, sociales ou organisationnelles, en particulier chez les patients en situation de handicap, âgés ou dépendants.

24 - Soins de santé primaires
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – 2023
En ligne : **who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care**

25 - The ecology of medical care
White KL, Williams TF, Greenberg BG. - N Engl J Med. 2 nov 1961;265:885-92.

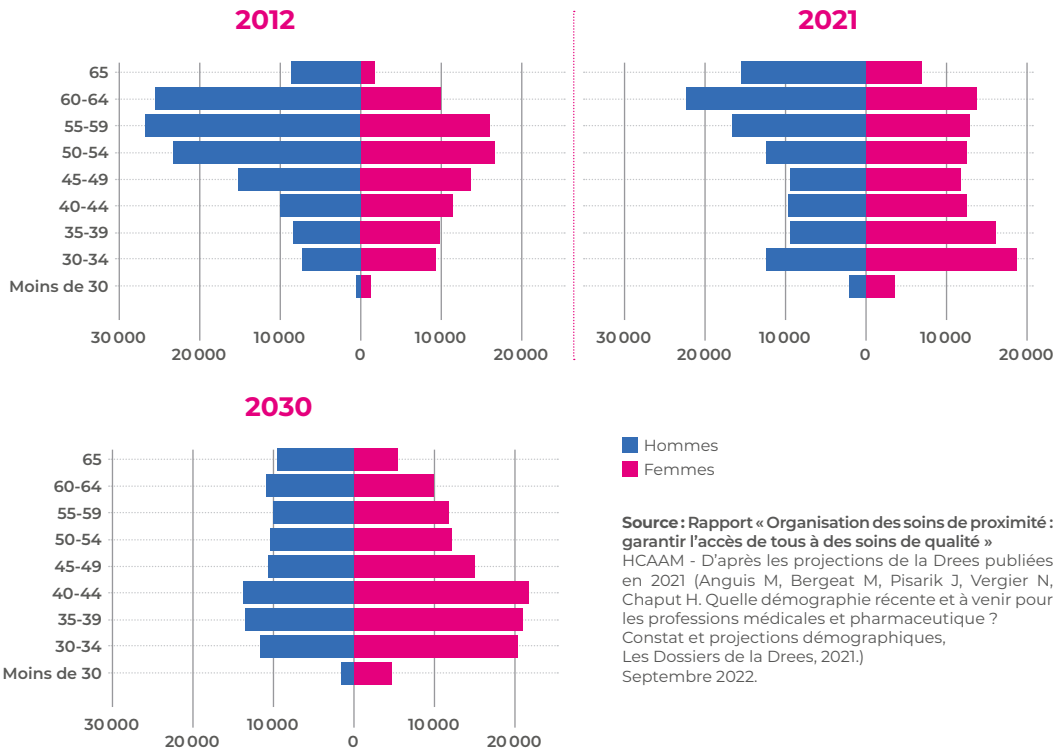
26 - The French ecology of medical care. A nationwide population-based cross sectional study
Laporte C, Fortin F, Dupouy J, Darmon D, Pereira B, Authier N, Delorme J, Chenaf C, Maisonneuve H, Schuers M. Fam Pract. 2024 Apr 15;41(2):92-98. doi: 10.1093/fampra/cmad098. PMID: 37934751.

L'identification de ces populations vulnérables et souvent exclues du système de soins est indispensable pour mieux répondre à leurs besoins.
Cela doit passer par la mise en place de dispositifs spécifiques pour aller vers ces populations : visites à domicile, liens entre les secteurs social et médical, réflexion territoriale sur les parcours complexes, aides financières et humaines, déploiement de dispositifs facilitant la mobilité des personnes sur le territoire…

La pénurie de médecins généralistes en soins primaires s'accentue

Les pénuries de soignants constituent aussi un obstacle majeur à l'accès aux soins[27]. La démographie médicale actuelle en France est marquée par un moment de bascule combinant le départ massif et rapide d'un grand nombre de médecins en retraite et l'augmentation importante du nombre d'étudiants accueillis dans les facultés de médecine[28].

Figure 1 :
Pyramides des âges des médecins en 2012 et en 2021, projection en 2030.



Source : Rapport « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité »
HCAAM - D'après les projections de la Drees publiées en 2021 (Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques, Les Dossiers de la Drees, 2021.)
Septembre 2022.

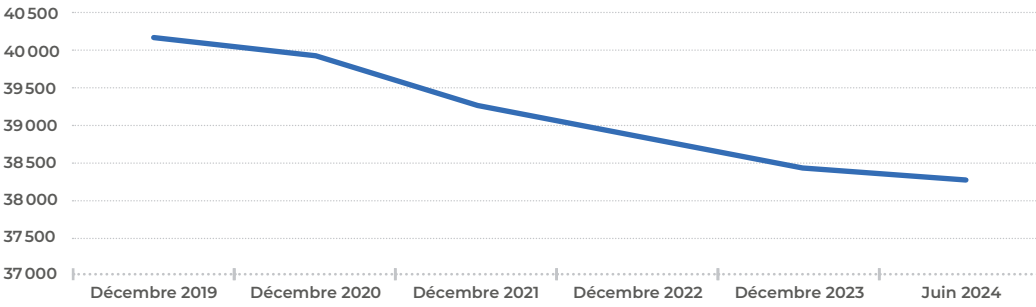
27 - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?
DREES 2021 - Graphique 31 - page 56
En ligne : **drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf**

28 - Rapport CNOM
2024 - figure 18 page 84.
En ligne : **conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf**

Le nombre de médecins généralistes traitants en exercice conventionné diminue donc, comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 2

Nombre de médecins généralistes actifs conventionnés installés depuis plus de 3 ans et ayant au moins 200 patients MT adultes

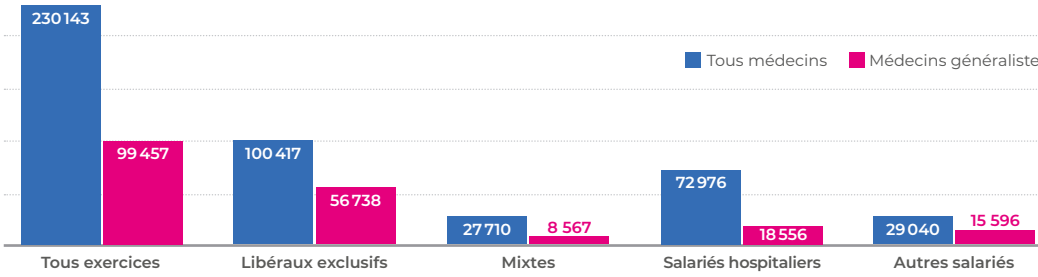


Source : CNAM, données SNDS 2024. Patientèle médecin traitant inter-régimes.

Les médecins diplômés en médecine générale, qui représentent près de la moitié des médecins, sont moins nombreux à exercer la médecine générale dans le cadre conventionnel (exercice majoritaire de la médecine générale en soins primaires).

Figure 3

Répartition des médecins généralistes par rapport à l'ensemble des médecins, selon leur type d'exercice



Champ : France entière
Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees Données au 1er janvier 2023
Exercice mixte : exercices libéral et salarié hospitalier
Autres salariés : autres activités salariées, dont au moins une n'est pas hospitalière

Cette figure illustre très bien la difficulté que nous éprouvons pour appréhender les caractéristiques de l'exercice des 99 457 médecins diplômés en médecine générale recensés par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). **Tous les médecins libéraux exclusifs n'exercent pas la médecine générale.** Où exercent les "autres salariés" ?
Quelle activité les médecins diplômés en médecine générale exercent-ils à l'hôpital ? **Afin de répondre à toutes ces questions à l'occasion du référentiel, une grande enquête auprès des inscrits à l'Ordre des médecins a été initiée par le CMG et par le CNOM. Elle sera présentée au printemps 2025.**

Ce moment est également marqué par une évolution des attentes des jeunes professionnels qui questionne fortement les institutions de formation, les modèles d'exercice et les choix d'installation.
Le médecin généraliste est l'objet de représentations dans la société qui restent associées à l'image du médecin de famille accessible en tout temps.
Les contraintes exercées sur l'offre de soins - augmentation des besoins dans un contexte de baisse de la démographie médicale - sont sources de tensions : les patients se heurtent à des difficultés d'accès à leur médecin, tandis que ces derniers ressentent une diminution de leur sentiment d'accomplissement, notamment par la perception de difficultés à être aussi disponibles qu'ils le souhaiteraient.
Dans ce système contraint, préserver leur équilibre de vie est un besoin légitime des professionnels tout autant qu'un enjeu de prévention des risques psycho-sociaux des professionnels.
La proportion importante de burn-out dans la profession et plus largement dans les professions soignantes, trouve une part de son explication dans la charge de travail mais aussi dans le conflit de valeurs induit par le sentiment de ne pas pouvoir accorder suffisamment d'attention à des situations le nécessitant[29].

Enfin, cette responsabilité populationnelle est également à considérer à l'aune des enjeux environnementaux et climatiques, à travers une approche « une seule santé » ou « One Health ».

Face à l'augmentation des besoins de santé, **l'enjeu de prévention pour un système qui doit rester soutenable**

Dans les comparaisons internationales, la France est l'un des pays les plus performants en termes d'indicateurs portant sur l'espérance de vie globale, l'espérance de vie sans incapacité et la mortalité évitable contrairement à ceux portant sur les inégalités de santé ou les pratiques de prévention.

Des progrès restent donc possibles et ce d'autant plus que la France fait partie des pays développés qui consacrent une part importante de leur produit intérieur brut à la santé (12.1%)[30]. Des réformes concernant les soins primaires et la médecine générale sont envisagées depuis de nombreuses années, mais la tension entre des besoins en augmentation continue et l'offre de soins disponible demeure très vive. Cette partie de cadrage présente à grands traits les besoins de santé actuels et à venir auxquels le système de santé et les médecins généralistes devront faire face.

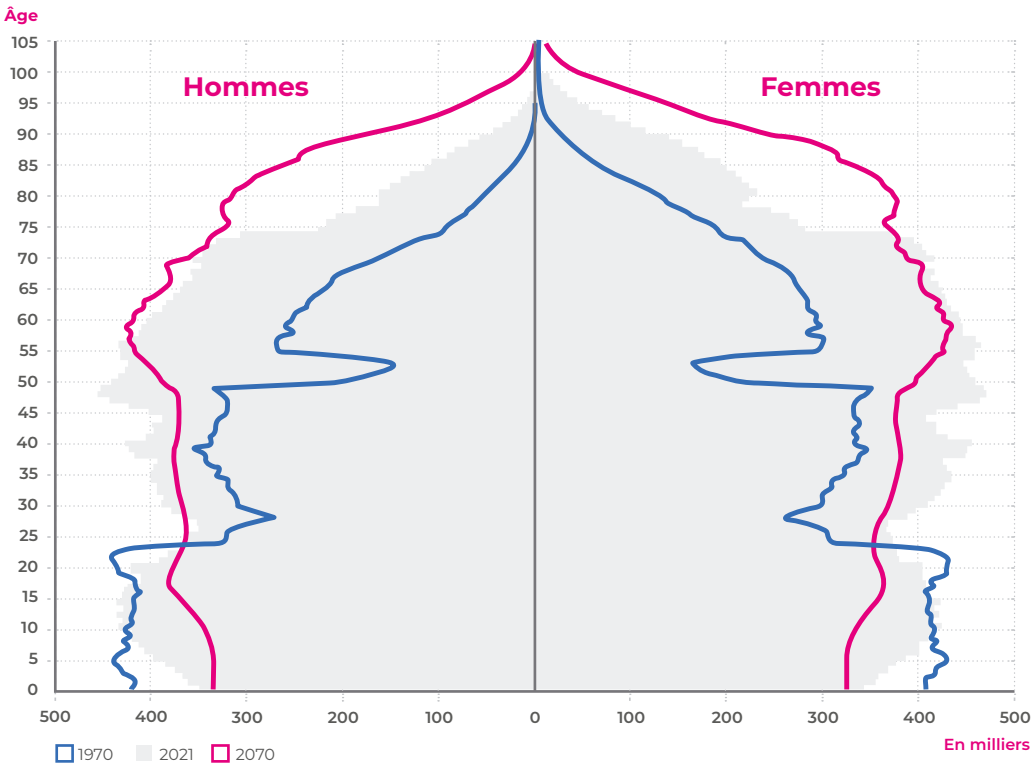
---

29 - Prevalence of burnout among general practitioners: a systematic review and meta-analysis
Karuna C, Palmer VJ, Scott A, Gunn J. - Br J Gen Pract. 2022;72(718):e316-e327. doi:10.3399/BJGP.2021.0441
30 - Analyse de la croissance des dépenses de santé en France et en Allemagne : décomposition des effets de prix et de volume
Muller, M. et al. (2025) - Documents de travail de l'OCDE sur la santé, no. 174, Éditions OCDE, Paris
En ligne : **doi.org/10.1787/a1cb3bba-fr**

Le nombre de patients atteints de pathologies chroniques et de multimorbidité s'accroît

D'ici 2040, la part des plus de 65 ans dans la population française augmentera de façon certaine de 5% ; près d'un Français sur trois aura plus de 65 ans en 2070 selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).
Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation significative des pathologies chroniques et de la multimorbidité[31].

Figure 4 :
Pyramide des âges - estimation de population et scénario central des projections 2021 - 2070 (Insee)



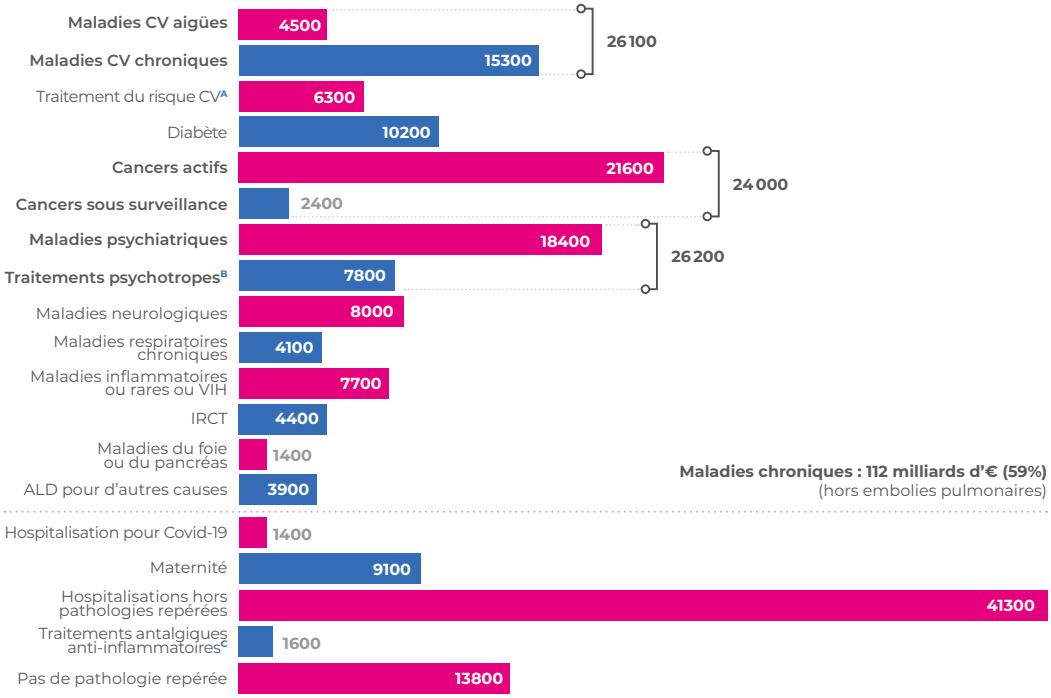
Lecture : au 1er janvier 2070, selon le scénario central, il y aurait 403000 femmes de 69 ans en France
Champ : France métropolitaine en 1970, France en 2021 et 2070
Source : Insee - estimations de population et scénario central des projections de population / 2021-2070

Cette réalité est déjà perceptible à travers les chiffres du dispositif des Affections Longue Durée (ALD). **En 2022, l'âge moyen des bénéficiaires d'ALD était de 64 ans, avec une médiane à 68 ans, et 13,8 millions de Français (soit 20,1% de la population) bénéficiaient de ce dispositif.**

31 - La multimorbidité, une nouvelle conception du soin
Clerc P, Breton JL, Griot E, Comte C, Chaudon C. - Saint-Cloud: Global média santé; 2020. 95 p.

Ce nombre augmente continuellement à raison de 2.8% en moyenne par an entre 2005 et 2022. Ces personnes totalisaient 66,1% des dépenses d'Assurance Maladie[32].
Ce phénomène a et aura des conséquences importantes sur les dépenses de santé et pose un défi de soutenabilité financière à l'Assurance Maladie.

Figure 5 (en millions d'Euros):
Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, en 2022.



A - Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
B - Hors maladies psychiatriques
C - Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.
Pour aboutir au total de 190,3 milliards d'euros, il faut rajouter aux dépenses par pathologie les 7,2 milliards d'euros de soins courants, qui ne sont pas affectés à des pathologies spécifiques.
Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024). Charges et Produits 07 - 2024.

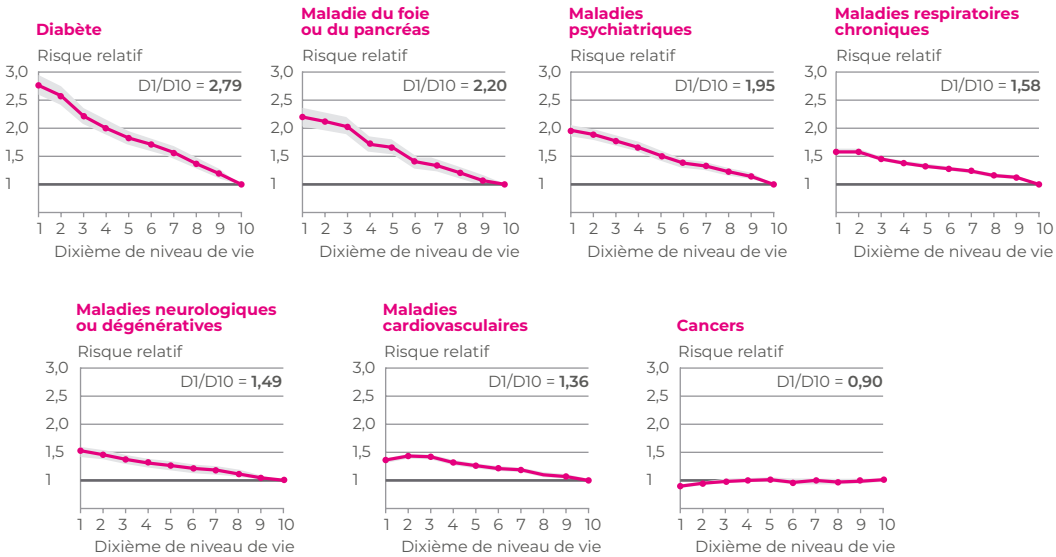
Les soins consécutifs à la place croissante prise par les maladies chroniques menacent notre système de protection sociale en augmentant les dépenses de santé beaucoup plus vite que la croissance de la richesse nationale.
Pour faire face à ce défi, une prévention organisée et coordonnée en soins primaires doit permettre d'éviter la survenue des maladies, leur aggravation et limiter en partie les rechutes et les hospitalisations.

32 - Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022
Gonzague Debeugny, Dimitri Lastier - Points de repère n° 54. Juillet 2024.

Une espérance de vie élevée mais des inégalités de santé persistantes…

L'espérance de vie en France, élevée au regard de la moyenne de l'Union Européenne, masque des disparités importantes.
Les gains en espérance de vie ont ralenti ces dernières années, principalement en raison de la pandémie de Covid-19, des épidémies sévères de grippe et des vagues de chaleur qui frappent en premier lieu les plus précaires.
Des inégalités d'espérance de vie persistent entre les personnes les plus modestes et les plus aisées, en raison d'une prévalence plus élevée de maladies chroniques chez les populations à faibles revenus.

Figure 6 :
Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie[33]



Note : l'intervalle de confiance à 95% est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs. La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).
Lecture : les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.
Champ : 2016-2017 - France (hors Mayotte)
Source : EDP-Santé - 2017.

Ces inégalités sont accrues par les facteurs de risque comportementaux tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'obésité, qui sont plus fréquents dans les milieux défavorisés.
Ce constat ancien est désormais mieux documenté et requiert **des actions spécifiques, ciblées** auprès des populations concernées.
Elles doivent s'appuyer sur le **principe d'universalisme proportionné** et le développement de démarches d'aller vers les publics les plus fragiles qui reposent en partie sur la mobilisation des acteurs de soins primaires en lien avec les acteurs du social.

33 - Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie
Samuel Allain, avec la collaboration de Vianney Costemalle (DREES) - Études et résultats N° 1243. Octobre 2022.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), au sein desquelles les médecins généralistes sont une des professions les plus impliquées, sont adaptées au déploiement de ce type d'actions amenées à se développer et se renforcer.
Les CPTS permettent en effet l'émergence d'acteurs collectifs en situation de collaborer avec les autres acteurs territoriaux dans une démarche de responsabilité populationnelle.

...qui nécessitent une réponse populationnelle territoriale collective

Pour affronter les défis posés par les inégalités territoriales d'accès aux soins, sujet majeur de préoccupation pour les Français, et pour lutter contre les inégalités sociales de santé qui se développent, nos gouvernements successifs ont voulu imposer aux médecins une responsabilité territoriale à laquelle ils ne peuvent pas souscrire individuellement.

Pas plus qu'ils ne peuvent assurer seuls l'accès aux soins pour tous et partout, ils ne peuvent garantir individuellement à chaque Français l'accès à un médecin traitant.
Ce que ces médecins ne peuvent pas faire seuls, ils peuvent le réaliser collectivement, en s'appuyant sur les autres professionnels de soins primaires de leur territoire, dans un cadre élaboré collectivement, et avec des moyens adaptés à l'exercice professionnel d'aujourd'hui.
Nous verrons plus loin comment s'organisent ceux qui ne se résignent pas à laisser la population sans solutions. Ils sont nombreux, et les CPTS constituent une partie de la réponse, à côté des équipes de soins de proximité des médecins généralistes traitants, des maisons et centres de santé, des associations régulées de permanence des soins et des Services d'Accès aux Soins (SAS) départementaux.

Cette responsabilité populationnelle territoriale pourrait se décliner à travers plusieurs actions.
En premier lieu, réaliser un diagnostic territorial, à l'échelon d'un bassin de vie ou d'un département, en s'appuyant sur un partage d'informations entre professionnels de santé, élus territoriaux, associations d'usagers, Observatoire Régional de la Santé (ORS) et institutions en santé (Agences Régionales de Santé (ARS), organismes d'assurance maladie, fédérations des CPTS et des maisons et centres de santé, Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)).

Ce diagnostic doit porter sur l'offre de soins réalisée par les professionnels du territoire, la demande de soins et les besoins en santé de la population, incluant ses caractéristiques socio-économiques et sanitaires.

Ce diagnostic aide les professionnels à établir un projet de santé de territoire pour répondre de manière durable aux besoins de santé de la population, lui garantir l'accès aux soins qu'elle attend et lutter contre les inégalités sociales de santé.

Ces étapes accomplies, il s'agit enfin de mobiliser dans ce territoire les moyens indispensables à la réalisation des projets professionnels correspondant au projet de santé : ressources humaines, implantation et maîtrise d'ouvrage des locaux professionnels, outils numériques, ingénierie de projet et aide à la maîtrise d'ouvrage.

Une politique de déploiement territorial des soins de proximité permettrait d'accompagner ces projets territoriaux. Elle pourrait s'inspirer de certains dispositifs d'accompagnement qui existent déjà[34].

34 - Charte partenariale pour l'accès aux soins ambulatoires en Normandie
En ligne : **urml-normandie.org/en-action/la-charte-regionale-dacces-aux-soins**

Renforcer les préventions, un enjeu pour les soins primaires

L'histoire de nos sociétés et de nos systèmes de santé a démontré l'efficacité et l'intérêt de la prévention en général.
La prévention vise à maintenir toute personne en bonne santé avant même la naissance jusqu'à la fin de la vie, et participe à la soutenabilité du système de santé. L'augmentation de l'espérance de vie et l'exposition à des agents responsables de maladies évitables rend la prévention toujours plus importante.

Les coûts liés à la prise en charge de ces pathologies pèsent sur les ressources de l'assurance maladie et rendent à terme son financement de plus en plus difficile à garantir.

La santé individuelle résulte d'actions collectives relevant de l'hygiène publique (gestion des déchets, qualité de l'eau, de l'air et de l'environnement en général), agissant sur les conditions de vie (logement, travail, transports, famille) liées à l'éducation, mais aussi d'actions de prévention.
Situés au plus près de la population, les acteurs de premier recours qui constituent le secteur des soins primaires ont un rôle déterminant dans la prévention individuelle.
Par leurs contacts réguliers avec la population mais aussi leur positionnement au sein du territoire, ils sont en situation d'**orienter les patients vers des ressources et des acteurs qui peuvent les aider à se maintenir en bonne santé** (maisons du sport santé, santé au travail, associations de prévention, services sociaux ...).

La prévention primaire et la promotion de la santé, à travers des actions comme la vaccination, l'hygiène buccodentaire et l'information sur les comportements à risque (addictions, alimentation, sexualité), visent à éviter l'apparition de maladies, en particulier les pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux et cancers).

La prévention secondaire a pour enjeu le repérage et le traitement précoce des maladies dans une population ; elle recouvre les actions visant à faire disparaître les facteurs de risques et éviter l'aggravation. **Le dépistage permet d'agir précocement et d'améliorer les chances de survie** lorsque survient une maladie. Les actions thérapeutiques et de surveillance peuvent permettre de ralentir son évolution et son aggravation voire la survenue d'autres maladies conséquence de la maladie cause (par exemple la maladie rénale comme complication du diabète).

La prévention tertiaire, qui recouvre le suivi et l'éducation thérapeutique pour une maladie existante, permet d'éviter ou de retarder la survenue de complications et de rechutes.

Soulignée par les responsables hospitaliers, redoutée par les financeurs, l'augmentation du nombre d'hospitalisations itératives pour maladies chroniques et pour multimorbidité, favorisée par le vieillissement de la population, met en tension le système de santé, notamment le secteur hospitalier, en mobilisant ses ressources humaines et en accaparant des ressources financières forcément limitées. Cette légitime inquiétude souligne le rôle majeur de la prévention pour améliorer la soutenabilité du système de santé.
Pour le médecin généraliste, acteur particulièrement impliqué dans la prévention tertiaire, **prévenir ces rechutes est capital** et nécessite de travailler en équipe de soins de proximité en s'appuyant sur les ressources médico-sociales locales. Les soins primaires sont à ce titre particulièrement concernés à tous les stades de la maladie.

Ce panorama ne serait pas complet sans la prévention quaternaire : « Primum non nocere » : d'abord ne pas nuire !
La prévention quaternaire désigne « les actions menées dans le but d'identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables »[35].
Le médecin généraliste est un acteur clé, par son expertise clinique permettant d'utiliser les données probantes dans une approche centrée sur la personne et son environnement. **Cette approche est indispensable pour guider la priorisation des soins et les éventuelles dé-prescriptions.**

Ces niveaux de prévention sont illustrés à partir de l'exemple du parcours d'une personne atteinte de maladie rénale chronique, en annexe 2.

Au carrefour du monde du travail et des soins primaires, **la santé au travail,** source de dépenses en nature avec les indemnités journalières en croissance régulière et de conséquences potentiellement graves pour la santé physique et mentale apparaît comme un sujet d'importance grandissante et la prévention des risques professionnels, un enjeu à considérer.

La santé mentale, grande cause nationale en 2025 du fait de son impact sanitaire et économique, est particulièrement identifiée comme un enjeu collectif en soins primaires.
Les inégalités en santé touchant les patients atteints d'une pathologie psychiatrique se manifestent notamment par un sous-diagnostic des comorbidités (maladies cardiovasculaires, cancer, etc.).

Santé au travail et santé mentale sont traités de manière approfondie dans les annexes 3 et 4.

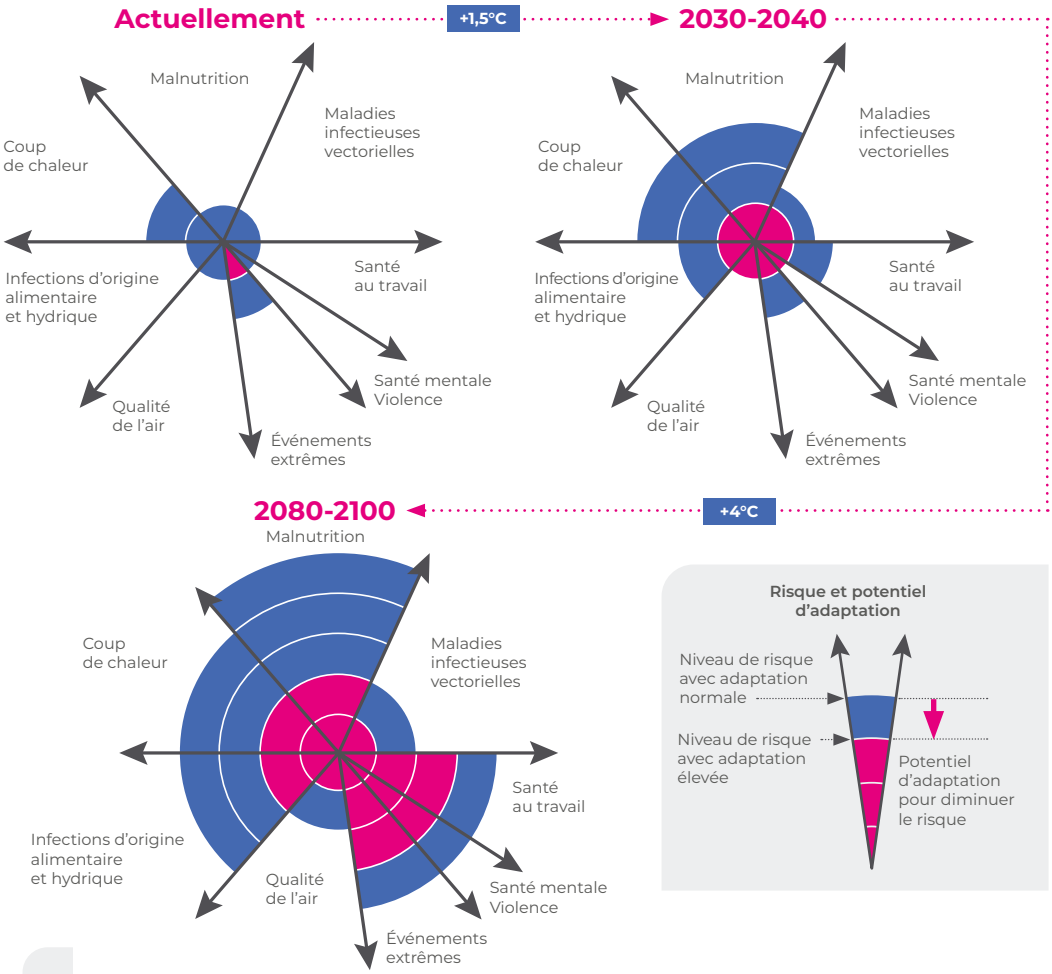
35 - Wonca Dictionary of General/Family Practice, Wonca International Classification Committee
N Bentzen - Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. 2003

Intégrer les questions environnementales **dans la pratique des médecins généralistes**

Le changement climatique impacte très fortement la santé en augmentant les risques consécutifs aux vagues de chaleur et à la pollution atmosphérique, ou encore en favorisant la survenue d'épidémies liées au développement de vecteurs d'infections.

Il impacte la santé mentale et le bien-être des populations, et il augmente le risque de crises sanitaires.
Le système de santé doit se préparer à ces nouveaux défis en développant des plans d'adaptation et en renforçant les actions de prévention.
Le rôle de vigie assuré par les soins primaires organisés sur un territoire de santé doit être à nouveau reconnu et valorisé, en lien avec les Agences Régionales de Santé, au même titre que celui réalisé par les établissements de santé.

Figure 7 :
Modélisation des effets sur la santé liés au réchauffement climatique - source réseau action climat



Le secteur de la santé contribue de façon importante aux émissions de gaz à effet de serre notamment par l'industrie du médicament, les transports et l'empreinte carbone des établissements.
La décarbonation du système de santé est un autre impératif pour un avenir durable. L'usage raisonné des médicaments et des transports peuvent y contribuer. Les déchets et leur traitement spécifique constituent aussi un levier d'action.

En tant qu'acteur social, le médecin généraliste, comme le secteur de soins primaires, doit intégrer cette perspective dans son exercice professionnel.
La promotion de comportements individuels bénéfiques pour la prévention des maladies et le maintien en santé (manger cinq fruits et légumes par jour, consommer moins de viande rouge, privilégier l'usage de mobilités douces) contribue ainsi à réduire l'empreinte carbone tout en ayant un effet positif sur la santé.
Cette notion de **co-bénéfice en santé individuelle, communautaire et planétaire** constitue une voie à développer par la médecine générale et plus généralement les soins primaires[36] pour envisager la réponse aux problématiques secondaires au changement climatique **tant en termes de santé que d'aggravation des inégalités sociales de santé.**

Grâce aux données collectées dans leurs activités de soins, les médecins généralistes exercent **une mission de veille sanitaire et de détection des pathologies émergentes.**
Au contact des élus de leurs territoires, ils peuvent les alerter et rechercher avec eux et avec les autorités sanitaires des réponses adaptées à ces situations nouvelles.
L'expérience de la pandémie de COVID-19 a montré **la réactivité et l'inventivité des professionnels de soins primaires en situation de crise.**

À côté des maladies vectorielles, il peut s'agir aussi des risques liés à la qualité de l'air, de l'eau ou de la nourriture, ou consécutifs à des pollutions accidentelles.

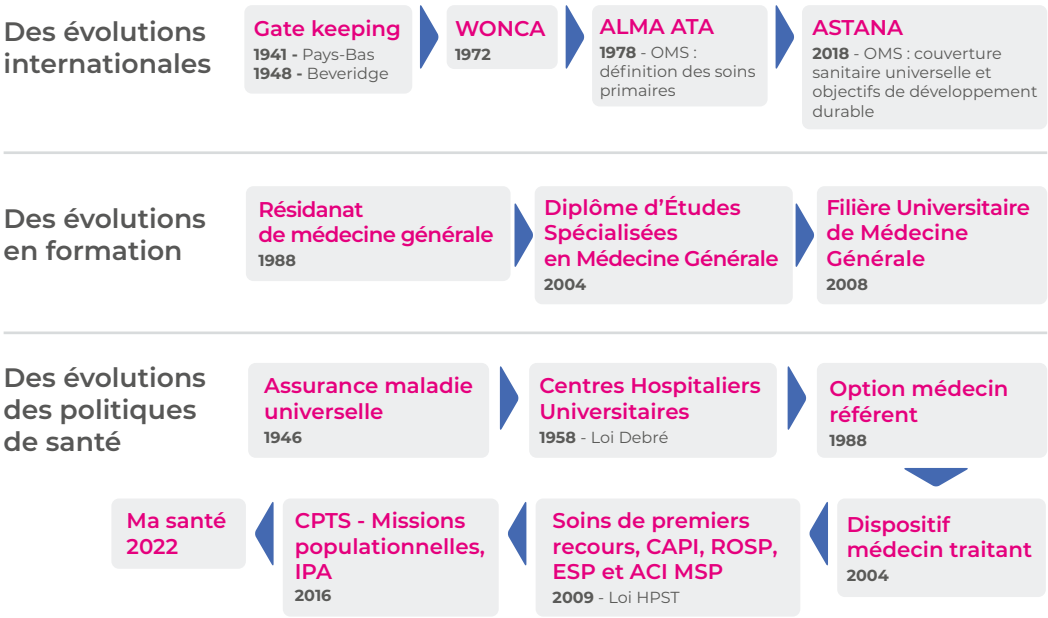
36 - Défis environnementaux contemporains en soins primaires
Imaginer les soins primaires de demain - p.128

Se connaître pour évoluer
dans et avec un système en mouvement

Un système de santé et de soins primaires qui se structure… lentement

La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, des soins de premiers recours puis des soins de proximité, le soutien à l'exercice coordonné et plus récemment l'affirmation du besoin d'organiser le système en niveaux de soins, ont caractérisé le processus de réformes successives depuis plus de 30 ans.

Figure 8 :
Les réformes des soins primaires et les évolutions de la médecine générale



Les changements sont en cours, mais paraissent trop lents à se déployer et ce d'autant plus que l'épidémie de COVID-19 a fortement impacté le système de soins, révélé et accentué les tensions dans le système de santé qui se manifestent par des difficultés d'accès aux soins en ville, mais également à l'hôpital.
Des solutions organisationnelles existent ; elles ne sont pas seulement numériques et techniques, elles ne doivent pas s'appuyer sur le recours à des acteurs financiers extérieurs au système de santé qui cherchent à en prendre le contrôle.
La capacité à répondre aux besoins de santé actuels et à venir de la population repose en grande partie sur **l'engagement des professionnels de santé,** l'évolution de leurs pratiques, leurs rôles, leurs modes d'organisation et de coopération, entre eux et avec les institutions publiques.

Des modes d'exercice qui évoluent

Le modèle classique de la médecine générale traitante en cabinet libéral n'est plus le seul mode d'exercice. De multiples formes d'exercice émergent.

Par ailleurs, l'exercice libéral diminue au profit des modes mixtes et salariés. **En 2012, 63 % des médecins diplômés en médecine générale exerçaient en libéral, contre 58 % en 2020[37].**
Cette tendance touche également les autres spécialités médicales et chirurgicales. Le CNOM estime que, sur une cohorte de médecins généralistes entrés en exercice en 2009, moins de la moitié (44 %) exerçaient encore en libéral dix ans plus tard. En 2023, 57 % des médecins diplômés en médecine générale exerçaient en libéral exclusif, tandis que 33 % étaient salariés exclusifs, dont 18 % dans des établissements hospitaliers (Figure 2).
Ces derniers travaillent notamment dans les services d'accueil des urgences, mais aussi dans des services de chirurgie, de médecine ou de psychiatrie.
Leur expertise offre une approche globale des patients, enrichissant les prises en charge. **Le fait qu'un certain nombre de personnes diplômées en médecine générale n'intervient pas directement dans les soins primaires est une spécificité française importante[38].**

En soins primaires, à côté de l'exercice en structures de médecine générale (cabinet, MSP, centre de santé…) et au domicile du patient (visites au domicile personnel ou en EHPAD), de nombreux modes d'exercice salariés ou libéraux se développent, par exemple : médecins régulateurs, médecins coordonnateurs en EHPAD ou en HAD, dans les établissements scolaires, en milieu carcéral, en PMI, ou comme médecins de montagne…
Ces missions spécifiques nécessitent les compétences des médecins généralistes, qui conjuguent une vision médico-psycho-sociale indispensable.

Alors qu'il convient de maintenir un nombre suffisant de médecins généralistes traitants, et qu'il y a un enjeu à s'en assurer, cette diversité d'exercice témoigne de la richesse des aspirations comme de l'adaptabilité des médecins généralistes. Elle peut accompagner des évolutions ou diversifications de carrière des praticiens à différents moments de leur vie professionnelle.

37 - Conférence nationale du 26 mars 2021 Rapport et propositions - Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former - 2021-2025

38 - Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? - Un outil de projections d'effectifs de médecins
En ligne : **drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf**

L'exercice individuel recule également. Les médecins généralistes se regroupent de plus en plus dans des cabinets de groupe ou des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), qui étaient au nombre de 2501 en décembre 2023, avec un objectif fixé à au moins 4000[39].
Le salariat s'étend également, notamment avec l'essor des centres de santé médicaux et polyvalents, dont on dénombre plus de 1200 centres dans toute la France dont 976 avec médecin généraliste[40].
Ces modèles répondent aux attentes des jeunes médecins, qui recherchent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Nombre d'entre eux privilégient également des exercices mixtes, combinant des activités partagées entre plusieurs modes d'exercice.

En parallèle, l'exercice en cabinet libéral évolue progressivement vers le développement de champs d'expertise spécifiques, dans le même temps qu'on observe une hyperspécialisation chez les autres spécialistes.
Au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des centre de santé ou à l'échelle des territoires, certains généralistes développent ainsi des compétences spécifiques en dermatologie, gynécologie ou autres domaines. Ces généralistes deviennent des référents locaux auprès desquels les confrères adressent des patients pour des avis ponctuels.

Cette évolution se retrouve également dans la gestion des soins non programmés. La majorité de ces actes peuvent être pris en charge en ambulatoire, que ce soit au cabinet ou au domicile du patient.
Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, des dispositifs comme le Service d'Accès aux Soins (SAS) et les associations de permanence de soins assurent la régulation des appels et leur prise en charge.
Outre les économies générées en évitant des passages aux urgences, la prise en charge par un médecin généraliste offre une valeur ajoutée considérable.
Grâce à sa connaissance des spécificités des soins primaires, le généraliste joue un rôle clé dans des situations comme le maintien à domicile des personnes en situation de handicap, âgées ou isolées, apportant une réponse adaptée et efficace aux besoins des patients.

Les missions de la médecine générale, détaillées au chapitre correspondant, sont très larges ; aucun médecin ne peut tout assumer seul. C'est grâce à une approche collective que la profession s'adapte et répond à des besoins de santé en constante évolution. Selon le mode d'exercice, certaines missions et compétences peuvent être davantage mises en avant.

39 - sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889
40 - fncs.org/2024-les-chiffres-nationaux-de-l-observatoire-des-cds

Dans un contexte de pénurie de professionnels, la spécialisation et la diversification des modes d'exercice suscitent des inquiétudes de la part d'une partie de la profession. Ces inquiétudes peuvent être renforcées par les évolutions des outils de travail, détaillées un peu plus en aval dans ce chapitre.

Dans ce contexte en mouvement, mieux caractériser ce qui constitue les piliers de la médecine générale est indispensable non seulement pour répondre à ces inquiétudes, mais aussi et surtout pour construire la réponse de la profession aux enjeux d'aujourd'hui et de demain.

La collaboration interprofessionnelle : structurer trois échelons de coordination au service des patients

Enjeu fondamental pour les années à venir, l'amélioration de la coordination entre professionnels de santé est un moyen essentiel pour remédier aux défauts de notre système de santé, lutter contre les inégalités sociales de santé qui persistent et garantir à toute la population l'accès et la qualité des soins qu'elle est en droit d'attendre.

Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de 2022 sur l'organisation des soins de proximité décrit la structuration de la collaboration interprofessionnelle à partir de trois échelons de soins intégrés et coordonnés[41]. **L'objectif de cette structuration est de garantir à la population un ensemble de services minimum en soins primaires** (voir exemple en annexe n°5).

41 - Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité
Rapport du HCAAM de 2022
En ligne : **securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html**

Répondre aux besoins de santé de la patientèle des médecins traitants

Offrir à la patientèle des médecins traitants un ensemble de services de base pour répondre de manière adaptée à ses besoins de santé implique des fonctions support indispensables au suivi d'une patientèle dans la durée. Il s'agit en effet d'assurer l'accès et la continuité des soins, le suivi des patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) ou multimorbides, une prévention secondaire et tertiaire en temps et en heure, le soutien social et la médiation sanitaire indispensables à un suivi médical de qualité.

Le premier échelon, de proximité, relève d'une équipe « constituée de médecins généralistes (ils partagent le même système d'information, peuvent se remplacer et ont accès aux dossiers de leurs patients), assistants médicaux et infirmiers collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune » (HCAAM 2022).

Ce premier niveau se développe depuis plusieurs années dans les cabinets de groupe intégrant les assistants médicaux et les infirmières Asalée ainsi qu'au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons et centres de santé.

Figure 9 :
Les six fonctions socles pour les équipes structurées assurant les soins de proximité (schéma issu du rapport du HCAAM de 2022)

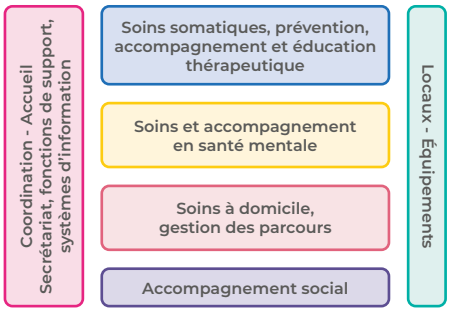
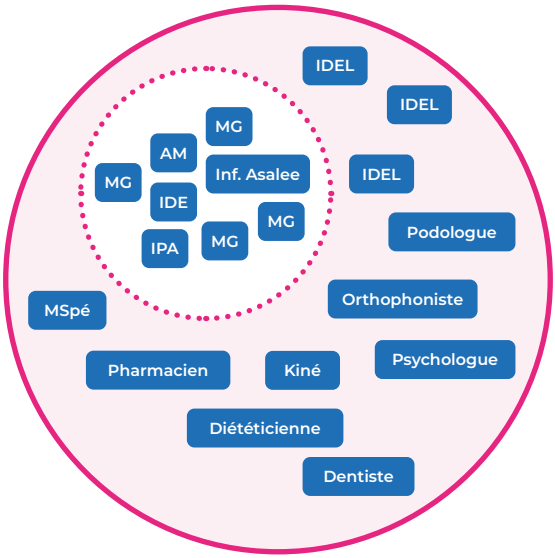


Figure 10 :
Schéma d'une équipe structurée tiré du rapport du HCAAM de 2022



IDE : infirmière displômée d'État
IDEL : infirmière libérale
AM : assistant médical
MG : médecin généraliste
MSpé : médecin spécialiste

Prise en soins des patients en équipe dans un territoire

Autour de ce premier cercle, la prise en soins des patients peut impliquer une équipe plus large. Ces équipes se coordonnent autour du patient en fonction de ses besoins, près de son lieu de résidence, avec les acteurs de proximité de son territoire : médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens, kinésithérapeutes ou orthophonistes. Elles bénéficient en cas de besoin de l'appui des acteurs médico-sociaux du maintien à domicile,...

Aujourd'hui, le patient est libre de constituer l'équipe de soins qui le prend en charge. Dans la mesure du possible, les professionnels de santé du territoire se connaissent, échangent entre eux grâce à des outils de communication sécurisés, participent ensemble à des réunions de concertation pluri professionnelles et à des actions de formation continue, partagent des protocoles de soins et des actions collectives de prévention.
S'appuyant sur les liens créés entre professions de santé dans les CPTS, cet échelon de soins coordonné avec le secteur médico-social doit être en capacité d'assurer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, le retour à domicile des patients hospitalisés, le suivi des pathologies complexes ou les soins palliatifs en équipe à domicile.
Cet échelon de coordination participe à la veille sanitaire, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique coordonnée avec les acteurs du territoire.

La prise en charge des soins non programmés se réfléchit aussi de manière collective et coordonnée. Ces demandes doivent être prises en charge par le médecin traitant en première intention, dans l'intérêt de la continuité des soins du patient.
S'il n'est pas en capacité d'y répondre, la réponse est régulée et structurée en fonction de l'heure de la journée et de la période de la semaine.

La gestion des soins non programmés avec d'autres médecins généralistes du territoire, en cabinet comme à domicile est une vraie plus-value.
En évitant des passages aux urgences inutiles, elle apporte une prise en charge ambulatoire de premier recours en lien avec les acteurs du territoire.
Cette organisation de la réponse aux soins non programmés s'appuie selon les heures de la journée ou les moments de la semaine sur les Services d'Accès aux Soins (SAS) (ou autre organisation définie par la CPTS), les dispositifs de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et les associations de permanence des soins régulées de type SOS Médecins.

L'accès organisé au second recours et à l'hôpital : un levier majeur pour faciliter le parcours de soins des patients et la prise en charge des pathologies complexes

Patients et médecins généralistes sont souvent confrontés à de grandes difficultés pour accéder rapidement et sans efforts aux avis spécialisés, aux examens complémentaires et à une hospitalisation au bon moment et au bon endroit.
Qualité et pertinence des soins sont difficiles à maintenir sans une régulation efficace de l'utilisation du système de soins. Celle-ci doit permettre un accès organisé au second recours et aux établissements de santé[42] garantissant une équité dans l'accès aux soins, une prise en charge rapide quand elle est nécessaire pour, finalement, assurer la soutenabilité du système de santé.

Des outils comme les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) participent à rendre plus lisible le maillage territorial et apportent une aide dans la coordination des parcours de soins complexes.

Le développement des outils numériques constitue également une ressource pour améliorer la visibilité des compétences présentes sur le territoire, pour faciliter la communication interprofessionnelle par des outils adaptés aux usages des professionnels, ou encore pour favoriser le recours à la télé-expertise, y compris pour des expertises non médicales.

42 - Manifeste pour un système de santé organisé
Collège de la Médecine Générale - Mars 2019.
En ligne : **cmg.fr/photos/cmg_manifeste_system.pdf**

Des outils de travail en (r)évolution

L'échographie clinique ciblée

Utilisée depuis les années 1950 dans de nombreuses spécialités, l'échographie s'intègre progressivement à la médecine générale sous la forme de l'échographie clinique ciblée (ECC), également appelée POCUS (Point of Care Ultrasound).
L'ECC ne remplace pas l'examen clinique, mais le complète en apportant un élément supplémentaire au raisonnement médical.
Elle constitue une extension de l'examen clinique, apportant une réponse en image à une question clinique précise.

En 2023, la WONCA[43] reconnaissait l'ECC comme un outil diagnostique innovant et économiquement viable pour les systèmes de santé, appelé à jouer un rôle de plus en plus central en soins primaires.
Son utilisation permet d'affiner le diagnostic, d'optimiser l'orientation des patients et d'enrichir la relation médecin-patient.
Elle permet de réduire le temps d'errance diagnostique, diminue l'impact financier des actes redondants et fait gagner du temps au patient comme au médecin. L'ECC contribue également à réduire les inégalités d'accès aux soins[44] et renforce l'autonomie des généralistes exerçant en zones rurales ou dans des contextes de ressources limitées[45].

De nombreuses publications mettent en avant l'intérêt de l'échographie en soins primaires, que ce soit pour la détection des affections aiguës, la gestion des maladies chroniques ou l'optimisation des procédures médicales[46, 47] .
Sa pratique en soins primaires **permet de raccourcir les délais diagnostiques,** d'améliorer la précision des diagnostics et d'initier plus rapidement les traitements, avec un impact positif sur les taux d'hospitalisation[48, 49] .
Toutefois, la maîtrise de cet outil nécessite une formation adéquate.

La WONCA insiste sur l'importance d'un apprentissage structuré et continu de l'ECC, aussi bien pendant l'internat des médecins généralistes que dans le cadre de la formation médicale continue.

---

43 - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians (WONCA) Europe position paper on the use of point-of-care ultrasound (POCUS) in primary care
Poppleton A, Tsukagoshi S, Vinker S, Heritier F, Frappé P, Dupont F, et al. - Prim Health Care Res Dev. 2024;25:e21.

44 - Use of point-of-care ultrasonography in primary care to redress health inequities. The Journal of the American Board of Family Medicine
Tanael M. - 2021 Jul 1;34(4):853-5

45 - Lung ultrasound as a diagnostic tool for radiographically-confirmed pneumonia in low resource settings
Ellington LE, Gilman RH, Chavez MA, et al. - Respir Med. 2017;128:57-64

46 - Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile?
Wordsworth S, Scott A. - J Public Health Med. 2002;24(2):88–94

47 - The METIS project for generalist ultrasonography
Bono F, Campanini A. - J Ultrasound. 2007;10(4):168–74

48 - The use of a pocket-sized ultrasound device improves physical examination: results of an in- and outpatient cohort study
Colli A, Prati D, Fraquelli M, Segato S, Vescovi PP, Colombo F, Balduini C, Della Valle S, Casazza G. - PLoS One. 2015 Mar 20;10(3):e0122181

49 - Use and impact of point-of-care ultrasonography in general practice: a prospective observational study
Aakjær Andersen, C., Brodersen, J., Davidsen, A., Graumann, O., & Jensen, M. - BMJ Open, 10(9), e037664.
doi: 10.1136/bmjopen-2020-037664 - 2020

Son utilisation et son accessibilité se renforcent grâce aux avancées technologiques rendant les échographes de qualité plus largement disponibles. **Son avenir dépendra toutefois des évolutions institutionnelles, notamment en matière de reconnaissance et de valorisation de cette compétence dans l'exercice de la médecine générale.**
L'annexe 6 décrit avec précisions l'apport de l'échographie à l'exercice de la médecine générale.

Une transition numérique en accélération à l'ère de l'intelligence artificielle

Le terme intelligence artificielle est un mot valise intégrant l'amélioration des outils numériques à notre disposition. Ces outils, intrinsèquement ni bons ni mauvais, viennent questionner la pratique de la médecine générale.

De nombreux bénéfices de l'IA sont attendus : aide au diagnostic et gestion de l'incertitude, recueil de la plainte native, organisation et optimisation du parcours de soins, amélioration de la prévention ou encore aide à la gestion et à la diffusion des connaissances médicales.

Dans certaines situations médicales, la capacité de l'IA à prendre en compte une grande diversité de critères liés au patient et à la littérature peut être un levier de la médecine de précision.
C'est un outil qui deviendra potentiellement incontournable, notamment en permettant une personnalisation du soin en intégrant une grande masse de données (ex. dispositifs connectés), avec une littérature scientifique foisonnante.

Ces outils peuvent accompagner les médecins au début de leur exercice, être utilisés dans la gestion des structures de proximité et être facteurs d'efficience. On peut par exemple imaginer une capacité de prédiction des besoins de plages sans rendez-vous, ou une aide à la gestion des commandes de matériel.

Pour autant, la valeur et la validité des outils à base d'IA ne sont pas figées et évoluent dans le temps.
Elles sont porteuses d'espoirs par l'amélioration continue des outils, en restant vigilants quant aux risques liés à des effets secondaires non anticipés dans ce processus d'évolution permanente.
L'évaluation de ces outils doit être continue et s'accompagner d'une recertification périodique. Ceci est d'autant plus important que certains types d'IA affichent une efficacité certaine sans expliquer comment elles obtiennent leurs résultats.

Il est primordial pour la profession de garder la maîtrise des outils.
La responsabilité des utilisateurs et des entreprises développant les outils d'IA doit être définie de manière concertée.
L'utilisation massive de ces outils ne doit pas provoquer une baisse de compétence des professionnels.
La compétence clinique et diagnostique doit être entretenue et enrichie grâce à l'IA, sans que celle-ci ne la remplace. Le risque existe que ces outils majorent les inégalités de santé en requérant par exemple l'utilisation de montres connectées.

L'IA ne peut se développer qu'à travers des données de qualité et en partenariat avec les professionnels. Ce point renforce l'intérêt d'une base de données portée par la profession, avec un modèle économique soutenable et un accès aux données permanent par le CMG et ses membres.
Enfin, ces outils ont un impact écologique non négligeable alors qu'il s'agit d'un enjeu prioritaire pour la santé des populations, comme nous l'avons précédemment souligné.

L'IA pourrait être perçue comme une concurrente du médecin.
Pourtant, l'intelligence artificielle, si elle est capable de faire des diagnostics avec de meilleurs résultats qu'un médecin, si elle est capable de proposer un traitement tenant compte des dernières avancées de la science médicale, si elle est capable de comprendre les réactions du patient, **ne remplacera jamais toutes les compétences du médecin.**
Elle pousse en revanche les médecins à redéfinir leurs rôles, et les questionne sur la maîtrise de leurs décisions.

Ces évolutions interrogent comment nous pouvons intégrer les outils numériques via la formation, la recherche, tout **en maintenant la vigilance contre la constitution de monopoles guidés par des intérêts principalement financiers.**
Les professionnels doivent être formés à ces outils et connaître leurs avantages et leurs limites. Les données de santé produites doivent être au service de la communauté et non d'intérêts privés.

La crainte d'une compétition entre IA et médecins semble vaine.
Il s'agit plutôt d'une opportunité à réévaluer notre métier par un usage des outils qui soit une plus-value au bénéfice du patient.
L'IA doit être au service d'un dialogue avec le patient et d'un partenariat soignant-soigné équilibré et efficient.
En effet, **il importe de préserver et renforcer le lien humain en incluant l'outil numérique,** c'est d'ailleurs l'un des questionnements majeurs soulevés par l'IA[50]. Ces items sont développés dans le document de contribution de la Filière Santé Numérique en annexe 7.

50 - L'instant et la durée - de l'antécédent à l'épisode de soin
Boisnault P, Szidon P, Ferru P, Kandel O, Thomas Desessarts Y, Very G. - GMSanté édition - 192 pages - 2020

Cinq piliers pour caractériser l'exercice de la médecine générale

Cinq piliers nous semblent essentiels pour caractériser la pratique de la médecine générale de manière éthique, responsable et respectueuse de nos valeurs collectives. Le médecin généraliste :

1 Assure le premier recours

La consultation chez un médecin généraliste est directement accessible.
Elle est l'un des premiers contacts possibles du patient avec le système de soins, quel que soit son âge, son genre, sa demande de soins.

2 Est capable de recevoir tout type de motif lors d'une consultation

Son exercice ne se limite pas à un domaine spécifique tels que les soins gynécologiques, la prévention ou les troubles du neurodéveloppement. Le médecin généraliste aborde le patient dans sa globalité. La sélection active ou passive d'un profil de population spécifique (enfant, femme, personne âgée, personnes précaires, incarcérées, LGBTQ+, etc.) ne remet pas en cause la qualification de médecine générale, à condition que le professionnel accepte tout motif pour cette population.

3 Apporte le bon soin, au bon moment, et au bon endroit

Collectivement, les médecins généralistes répondent aux besoins de santé et aux demandes de soins dans un délai adapté, en choisissant la modalité la plus appropriée : consultation, visite à domicile, téléconsultation,...
Ils régulent les demandes de soins et veillent au bon usage et à la pertinence des soins comme à celle des ressources en santé.

4 Assure collectivement et de manière coordonnée le suivi au long cours et la continuité des soins

Cette responsabilité peut être assumée de façon collective, au sein d'une structure de groupe ou de manière organisée au sein d'un territoire.
Elle doit être proactive et coordonnée, notamment par une transmission d'informations rapide.
Cette mission de coordination peut inclure le repérage des patients sans médecin traitant pour les accompagner et les insérer dans un parcours de soins coordonné.
Le médecin traitant répond aux demandes de soins non programmés de ses patients. Dans un cadre territorial régulé et coordonné, en l'absence du médecin traitant les médecins généralistes organisent collectivement la réponse aux demandes de soins non programmés.

5 Adapte son exercice aux besoins de son territoire et de sa population

La qualification de médecine générale n'est pas liée à un plateau technique standardisé.
Il est possible de pratiquer la médecine générale avec un plateau technique limité, comme avec un plateau disposant d'échographie, spirométrie, radiologie, etc., dès lors que l'accueil des patients n'est pas restreint au seul usage de ces techniques.
Le médecin doit garder le contrôle de son mode d'exercice et refuser la financiarisation de la médecine.

Tout médecin s'inscrivant dans ce cadre de pratiques professionnelles délivre une offre qui peut être qualifiée d'offre de soins de médecine générale.

Plusieurs exemples illustrent la diversité des modes d'exercice de la médecine générale. Le plus souvent comme médecins traitants, les formes d'exercice de la médecine générale incluent aussi :

- **Les médecins remplaçants** qui assurent le suivi d'une patientèle en s'adaptant au mode d'exercice du professionnel en poste, lui permettant ainsi de libérer du temps pour sa formation et sa vie personnelle.
- **Les médecins exerçant auprès d'une population précaire,** en permanence d'accès aux soins de santé (PASS).
- **Les médecins intervenants en PMI, en EHPAD, ou en maison d'accueil spécialisé,** s'ils exercent sur ce lieu d'exercice une action de soins en plus de celle de coordination.
- **Les médecins exerçant en soins non programmés,** dans un cadre régulé et coordonné avec les autres professionnels de leur territoire.
- **Les médecins ayant une activité mixte** associant un mi-temps hospitalier et une activité ambulatoire de médecine générale

En revanche, une pratique avancée dans un domaine spécifique comme les soins gynécologiques, la pratique exclusive de l'échographie ou de la médecine esthétique **s'éloigne de la notion de prise en charge globale et exhaustive des problèmes de santé,** caractéristique de la médecine générale.
Ces activités s'exercent alors dans un cadre qui ne relève pas de la médecine générale. **L'exercice de la médecine générale est défini par sa fonction et non par le lieu de son exercice s'il respecte les caractéristiques de la médecine générale citées plus haut.**

À côté des missions et des compétences propres au soin, les médecins généralistes peuvent diversifier leur pratique, quel que soit leur type d'exercice, en développant des compétences complémentaires.
Ils peuvent s'impliquer **dans la recherche et l'enseignement** comme maîtres de stage des universités ou participer à la formation continue.
La contribution active à une CPTS permet aussi de renforcer la **coordination des soins,** de développer des compétences en **conduite de projet** ou de mettre en place des actions de prévention.
Ces activités complémentaires préviennent l'épuisement professionnel et renforcent l'attractivité de la profession de médecin généraliste.

Préserver la relation médecin-patient, **un principe directeur**

La relation entre le médecin généraliste et son patient est un élément central et indissociable du soin à proprement parler.

Elle contribue à l'efficacité d'un accompagnement en santé. Les évolutions récentes de la médecine et de la société déjà évoquées transforment la relation du médecin avec le patient et peuvent contribuer à en altérer la qualité.

Les thèmes développés dans le présent référentiel s'appuient en partie sur le travail de synthèse effectué en 2021 par l'Académie Nationale de Médecine[51]. Une contribution spécifique traitant la question du rôle du médecin généraliste dans les troubles psychiques est présentée dans l'annexe 3 sur la santé mentale.

Un moyen thérapeutique essentiel

Le « temps passé » avec le patient est essentiel pour établir et nourrir une relation de soin. Ce « temps partagé » est déterminant pour construire une relation de soin dans la durée. Il nécessite, pour le médecin, d'accepter d'adapter la durée de la consultation en fonction de ce que le patient exprime.

Si toutes les consultations médicales ne nécessitent pas une durée de consultation prolongée, certaines situations l'exigent, notamment les situations biomédicales complexes (pathologies chroniques, multimorbidité), les problématiques de santé mentale et les difficultés sociales, qui participent aussi à la complexité du soin.
À la lumière de l'évolution en cours des besoins de santé, **le besoin de consultations plus longues est amené à croître.** La durée totale du temps de consultation restant limitée, il reste également nécessaire, dans les situations complexes, de répéter les consultations dans le temps.

L'approche biopsychosociale suppose l'intégration de ces trois dimensions dans le soin prodigué. Les aborder suppose d'avoir créé une relation médecin généraliste - soigné de qualité ; y apporter des réponses nécessite d'avoir créé une alliance thérapeutique rendant possible le processus de soin.
Créer cette alliance thérapeutique suppose, entre autres éléments, un temps partagé soignant-soigné suffisant et variable selon les patients et les situations.

51 - La relation médecin-malade
Académie nationale de médecine - Paris - 2021 [cité 2025 jan 20]
En ligne : **academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf**

La relation médecin patient doit, selon les situations plus ou moins complexes, s'intégrer dans l'ensemble des relations que les autres professionnels ont avec le patient.
La qualité des relations entre les professionnels qui interviennent auprès du patient détermine et reflète la confiance que se portent les différents intervenants. Cette confiance est perceptible par le patient et contribue à la qualité des soins.

Un vecteur d'efficacité thérapeutique et d'autonomisation du patient

La crise du SIDA dans les années 1990 a profondément transformé la relation entre soignants et soignés.
Cette dynamique s'est poursuivie avec les États Généraux de la Santé et l'adoption de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, ou loi Kouchner, marquant un tournant majeur dans **l'instauration de la démocratie sanitaire** en France. Cette loi a renforcé à la fois les droits des patients et affirmé le principe de leur participation active aux décisions les concernant[52]. **L'asymétrie traditionnelle entre médecins et patients, après avoir été contestée, s'est atténuée.**

L'émergence de la démocratie sanitaire et l'accès accru à l'information à l'ère de l'IA, contribuent à reconfigurer la posture du médecin dans la relation de soin ; ils peuvent modifier les rapports de pouvoir et la relation de soin.
Cette dernière évolue désormais vers un équilibre plus partenarial où le patient, selon sa demande et ses besoins, est associé aux choix et décisions qui le concernent.

Une relation de soin de qualité, basée sur la prise de décision partagée, aboutit à de meilleurs résultats sur le plan thérapeutique, le patient étant plus engagé. L'approche bio-psycho-sociale associée à une décision médicale partagée, rendues possibles par une relation médecin généraliste - patient de qualité, améliorent significativement le degré d'adhésion aux soins[53].
L'empathie du médecin est associée à de meilleurs résultats en matière de contrôle des pathologies ou des facteurs de risque[54].
Il est démontré qu'une attitude chaleureuse et empathique, témoignant d'un intérêt sincère, est un moyen permettant d'améliorer le retentissement de certaines pathologies[55].

52 - L'émergence de la démocratie sanitaire en France
Letourmy Alain, Naïditch Michel - . In: Santé, Société et Solidarité, n°2 - La place des usagers dans le système de santé. pp. 15-22 - 2009
53 - Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California
Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, et al. - JAMA Intern Med;173(3):210-8 - 2013
54 - Physician's empathy and clinical outcomes for diabetic patients
Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. - . Acad Med;86(3):359-64 - 2011
55 - Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome
Kaptchuk T J, Kelley J M, Conboy L A, Davis R B, Kerr C E, Jacobson E E et al. - BMJ; 336 :999 doi:10.1136/bmj.39524.439618.25 - 2008

La relation de soin est une composante majeure du soin lui-même.
Elle est vectrice d'émancipation de l'individu, et produit des résultats en santé de meilleure qualité.
Complexe à enseigner, elle ne peut simplement reposer sur la transmission de savoirs théoriques même s'ils sont essentiels.
L'expérience, la formation continue, le caractère modélisant de la formation par les pairs et les patients enseignants durant le cursus doivent permettre à chaque médecin généraliste en exercice de disposer d'un niveau de compétence permettant l'utilisation de cette relation de soin comme un levier de restauration de l'état de santé des individus, de promotion de la santé et de prévention des maladies.

En conclusion

La population française, le système de santé et en son sein la médecine générale sont confrontés à des défis d'importance qui peuvent être vus comme autant d'opportunités pour construire un système de santé plus juste, plus efficace et plus durable.

En s'adaptant aux besoins de santé en évolution, en renforçant la prévention et la prise en charge globale des patients, en promouvant l'exercice coordonné pour assumer une responsabilité populationnelle avec les autres acteurs de soins primaires et en investissant dans la recherche et l'innovation, **la médecine générale peut jouer un rôle central dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population française.**

La transformation du système de santé français et en particulier des soins primaires peut se lire aisément sur trois décennies.
Il appartient aux acteurs d'être moteurs de cette transformation afin de répondre aux enjeux nouveaux d'un système aujourd'hui en grande tension.

CHAPITRE 2

Valeurs, missions et compétences

Toute activité humaine
se réfère à des valeurs 54

Les missions
des médecins généralistes 57

Les compétences
des médecins généralistes 69

Toute activité humaine **se réfère à des valeurs**

Aucun être n'est beau ou laid, bon ou mauvais, supérieur ou ennuyeux en soi, mais sa valeur dépend toujours du fait que l'on croit ou ne croit pas en lui. (Robert Musil)

Dans les éléments constitutifs d'un groupe humain, les valeurs sont un ciment et d'indispensables étais.
La médecine générale n'échappe pas à cette règle.

Les deux grands creusets des valeurs professionnelles en médecine générale trouvent leur origine **d'une part dans les droits humains et d'autre part dans l'éthique clinique.**
L'éthique vise à assurer la sensibilité à l'autre au cœur du soin tout en prenant en compte la nécessaire délibération dans la conduite à tenir dans les situations complexes.
L'éthique médicale implique de s'attacher à rechercher la décision la plus adaptée dans un contexte donné, en priorisant la volonté de discuter pour s'entendre.
Elle porte sur le sens des attitudes et des choix qui déterminent la relation de soin, et elle est **sous-tendue par le respect de la personne,** mode de relation à autrui qui se développe au gré des situations et des défis du quotidien.
Les quatre principes de l'éthique sont la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice.

La valeur première est l'excellence, afin de donner des soins humains de qualité. C'est ce que tout soignant doit viser, la raison première vers laquelle il faut toujours tendre, et que tout patient est en droit d'exiger.

À cette valeur première s'ajoutent des valeurs de base :

- **La relation de confiance,** sans laquelle un échange de qualité ne peut se faire, indispensable à une collaboration durable. Cela intègre notamment la place du secret médical qui peut être mis en cause par les outils numériques.
- **Le savoir scientifique objectif de qualité,** qui doit être l'objet d'une lecture critique et régulièrement requestionné, afin d'être à l'abri des biais et des dépendances suspectes.
- **La sécurité,** indispensable à des soins de qualité, pour éviter d'être dans une pratique défensive.
- **La liberté et la responsabilité dans les décisions,** qui permettent la prévention, le diagnostic, la prescription, le soin en fonction de la situation du patient, en s'écartant des injonctions et nécessitant d'endosser ses responsabilités.
- **L'équité et l'accueil inconditionnel,** donnant à chaque patient ce qui lui est nécessaire pour qu'il se sente accompagné dans sa souffrance, dans le temps qui lui revient, et sans discrimination.

En complément de ces cinq constituants fondamentaux, ces valeurs s'appuient sur d'autres éléments essentiels.

- **L'ouverture à la singularité de la personne accueillie,** indispensable forme d'intérêt à la rencontre et capacité de faire place, entre indifférence et intrusion.
- **L'esprit critique**, culture du doute positif, accueil de l'incertitude et remise nécessaire en question, sans dogmatisme ni crédulité.
- **La loyauté,** sans renier ses engagements, mais sans masquer ses désaccords.
- **La disponibilité,** pour être là quand il faut et prendre le temps nécessaire, en pouvant considérer l'autre.
- **Le respect de ses propres limites,** limites de son savoir, limites mentales, limites physiques, afin d'éviter de se mettre ou de mettre en danger.

Ces éléments sont à la base de l'aptitude à la délibération, la vertu délibérative d'Aristote, essentielle **pour trouver la meilleure stratégie pour prodiguer les soins les plus humainement adaptés, avec humilité et empathie.**

Le serment d'Hippocrate que prêtent tous les médecins correspond pleinement à ces valeurs. Il nous engage à préserver la santé dans toutes ses dimensions, au travail en commun respectueux des autres professionnels du soin, à l'amélioration de la santé de la population, à l'absence de discrimination et à l'équité, à l'excellence et au perfectionnement permanent, à l'indépendance, au dialogue et à l'écoute, à la considération et au respect des choix des patients.

La médecine générale, au cœur des soins de premier recours, dans un dialogue singulier avec le patient, mais aussi inscrite dans la cité et dans le territoire, actrice en santé publique, puise dans les valeurs humanistes et s'ouvre aux diverses cultures pour comprendre les multiples demandes qui lui sont faites. Elle tente d'y répondre de manière éclairée et adaptée, prenant en compte les contraintes économiques et sociales, devenant force de propositions et d'interventions. **Ces valeurs qui engagent notre corps professionnel jouent un rôle essentiel autant pour l'exercice d'une médecine générale de qualité que pour son enseignement.**

Les missions
des médecins généralistes

Nous prenons le parti de rattacher la pratique médicale à la notion de mission, synonyme d'engagement et de service dirigé directement à la population.

Les missions que nous déclinons sont le fruit de l'explicitation du rôle et des fonctions occupées par le médecin généraliste dans le système de santé français. Elles sont toutefois largement partagées à l'international, quels que soient les systèmes de santé. L'étendue des missions va de pair avec la nécessité d'une approche collective pour y répondre pleinement.

Dans la littérature, il semble y avoir **un consensus sur l'impact positif des pratiques collaboratives interprofessionnelles sur la qualité des soins,** l'efficience de l'organisation des soins et l'attractivité des métiers de la santé.
Nous présentons dans cette section les principales missions des médecins généralistes. Ces dernières, et les compétences qu'elles nécessitent, **ne sauraient être envisagées sans tenir compte des autres professions de santé.** Les enjeux précédemment décrits – la multimorbidité, la vulnérabilité psychosociale – supposent d'envisager le travail du médecin généraliste de manière collaborative. **La priorité doit être donnée à une collaboration centrée sur les prises en soin les plus complexes.**

Nous aborderons dans les parties suivantes des missions telles que la continuité des soins des patients en situation de dépendance, la lutte contre la iatrogénie, la déprescription, la prévention, la santé mentale[56],...
L'apport de réponses de qualité à ces enjeux passera par la mobilisation, avec le médecin généraliste, d'acteurs comme les infirmiers, pharmaciens, assistants médicaux, infirmiers délégués de santé publique ou en pratique avancée.
Nous les avons toutefois développées principalement autour du rôle que nous y assurons en médecine générale : s'agissant du référentiel de la médecine générale, il nous a semblé ne pas être légitimes pour présumer en lieu et place des autres professionnels de soins primaires les missions qui leur semblent relever de leur exercice, de leurs rôles et compétences.

Par ailleurs, **l'interprofessionnalité est le développement d'une pratique cohésive entre professionnels issus de différentes disciplines,** pas seulement par une addition de savoirs, mais par une véritable collaboration, caractérisée par des interactions continues et un partage de savoirs afin de résoudre des problèmes de façon optimale pour le patient et centrée sur ce dernier.
La croisée des perspectives propres à chacun de ces professionnels doit permettre d'apporter une plus-value dans les réponses apportées.
La description du cadre de coopération entre ces acteurs, qui aujourd'hui fait défaut, doit être l'objet de toutes les attentions dans les politiques de santé à venir.

56 - La médecine générale : si vous saviez ! Un portrait par l'Observatoire de la médecine générale
Chouilly J, Villeneuve A, Kandel O. - Puteaux: Global média santé; 180 p. - 2022

Accueillir la demande de soin en proximité de la population

La singularité de l'exercice de la médecine générale réside entre autres dans sa capacité à offrir une expertise médicale étendue permettant de répondre à la très grande majorité des problématiques en santé rencontrées par la population.
Cette expertise médicale s'appuie notamment sur une posture scientifique mobilisant les données probantes les plus appropriées pour construire la réponse à la demande de soins.

Accueillir la pluralité des besoins exprimés en soins primaires

Les besoins de santé exprimés en soins primaires sont divers et retrouvent bien souvent intriquées des dimensions psychologiques et sociales aux problématiques strictement biomédicales.
Le médecin généraliste est un interlocuteur chargé de ne pas segmenter ces dimensions, mais au contraire de les accueillir voire de les recueillir si nécessaire, et de les intégrer dans la perspective de la **réponse holistique** aux besoins caractérisés.

La proximité géographique

Le médecin généraliste est l'une des portes d'entrée dans le système de santé.
Il est identifié par les patients comme l'une des principales ressources lorsque se présente un besoin de soin.
L'accueil puis la réponse apportée se fait le plus souvent en très grande proximité du milieu de vie du patient. La connaissance du patient dans son milieu de vie et des ressources en son sein lui permettent d'adapter les prises en soin à l'environnement du patient. **Ces caractéristiques font du médecin généraliste un acteur de la santé communautaire.**

La proximité relationnelle

Le suivi longitudinal du patient permet non seulement une meilleure connaissance de son histoire, mais permet également d'établir une relation professionnelle singulière. **La qualité de cette relation doit permettre d'établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique.**

Soigner

Soigner en médecine générale

La médecine générale couvre l'accès aux soins médicaux de la population pour la majorité des motifs amenant à solliciter un professionnel de santé[57], qu'il s'agisse de motifs aigus et notamment les urgences ressenties ou réelles, qui peuvent s'intégrer notamment dans le cadre des soins non programmés, mais aussi dans le cadre de pathologies chroniques et, de plus en plus fréquemment, dans les situations de multimorbidité[58].
Ces motifs concernent tout autant des motifs biomédicaux qu'en lien avec la santé mentale. **Un même épisode de soins peut concerner plus d'un motif.**

Le soin apporté en médecine générale concerne la santé dans sa définition proposée par l'OMS, « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».
Ainsi, au-delà des fonctions de diagnostic et de traitement, la mission de soin couvre aussi des missions ancrées dans le champ de la santé publique (dépistage, prévention), dans l'accompagnement des personnes dans leur milieu de vie dans les situations pouvant impacter leur santé, et dans l'éducation à et la promotion de la santé.

Les médecins généralistes développent des compétences spécifiques pour gérer l'incertitude inhérente à leur pratique, étant confrontés à des maladies s'exprimant à des stades précoces ou indifférenciés.

Les patients atteints de pathologies chroniques doivent pouvoir trouver une réponse et un accompagnement en proximité du patient, auprès de son médecin généraliste, lorsque la situation n'exige pas de plateau technique lourd ou de savoir hyperspécialisé.

---

57 - The French ecology of medical care. A nationwide population-based cross sectional study
Laporte C, Fortin F, Dupouy J, Darmon D, Pereira B, Authier N, Delorme J, Chenaf C, Maisonneuve H, Schuers M
Fam Pract. 2024 Apr 15;41(2):92-98. doi: 10.1093/fampra/cmad098. PMID: 37934751

58 - La multimorbidité, une nouvelle conception du soin
Clerc P, Breton JL, Griot E, Comte C, Chaudon C. - Saint-Cloud: Global média santé; 95 p. - 2020

Repérer

Les médecins généralistes voient chaque année environ 80% de la population française[59]. Ils ont la responsabilité **d'identifier les situations de vulnérabilité individuelles et collectives** et d'y apporter une réponse. On citera à titre d'exemple les violences intrafamiliales, les abus sur personnes vulnérables (enfants, patients âgés, ...). **Le médecin a un rôle de repérage de ces situations**[60].

Alerter et protéger

Lorsqu'une situation altérant la santé d'un patient est repérée **le médecin généraliste peut avoir l'obligation légale de la signaler au procureur de la République** (exemple des maltraitances infantiles).
Il existe d'autres dérogations possibles au secret professionnel (personne vulnérable, violences conjugales ...).
D'autres situations ne sont pas concernées par ces dérogations, mais l'intervention du médecin reste néanmoins essentielle. On retiendra à titre d'exemple les situations professionnelles retentissant sur l'état de santé, le harcèlement scolaire,...
Le médecin généraliste a un rôle d'accueil de ces problématiques et accompagne les patients en s'aidant de ressources externes (intervenants scolaires, psychologues, travailleurs sociaux, juristes, médecins du travail, maison des femmes ...) si nécessaire.

Promouvoir la santé

Le médecin généraliste s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Il participe ainsi de l'augmentation des pouvoirs d'agir des individus et des communautés sur leurs conditions de vie et de santé, **en tenant compte de leur contexte social et environnemental.**
Le médecin généraliste participe à la lutte contre la désinformation et les fausses informations en santé.

Prévenir

Le médecin généraliste exerce des missions de prévention.
Il prévient l'apparition des maladies (prévention primaire), lorsqu'elles sont présentes il les détecte à un stade précoce afin de limiter les complications voire le décès (prévention secondaire), il intervient afin de réduire les complications et les séquelles d'une maladie déjà déclarée (prévention tertiaire), et enfin **il protège les patients des interventions médicales excessives ou inappropriées,** en évitant le surdiagnostic et le surtraitement (prévention quaternaire).

---

59 - Baromètre 2023 de la santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
En ligne : **drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/240712-Dataviz_Barometre**

60 - Les événements de vie : expérience d'un recueil systématique par la question des 3 faits biographiques
Belgsir M, Villeneuve A, Kandel O. - MÉDECINE, VOLUME 20, N°2, P 83-8 - Février 2024

Outre l'échelon individuel, le médecin généraliste peut exercer des missions de prévention collective, à l'échelle de la communauté de soins et/ou du territoire.

Bâtir la réponse la plus adaptée aux besoins exprimés et perçus

Le processus de prise de décision s'appuie sur les processus de raisonnement clinique, et a vocation à établir un diagnostic, entendu au sens de diagnostic de situation. Outre le diagnostic nosologique, le raisonnement clinique permet de hiérarchiser et prioriser les besoins et les plaintes en vue d'apporter une ou des réponse(s) appropriée(s) face à un problème ou un ensemble de problèmes de santé. C'est l'une des dimensions essentielles de l'exercice de la médecine générale.

La démarche diagnostique s'exerce dans un contexte où les pathologies s'expriment à un stade précoce, voire pas du tout, et où prévaut un haut degré d'incertitude. Elle s'inscrit dans la prise en compte de la prévalence et de l'incidence des maladies à l'échelle communautaire.

Le médecin généraliste reçoit des demandes multiples au cours d'une même consultation. Celles-ci s'intègrent dans une histoire en santé, qui peut mêler à la fois des problèmes de santé chroniques et aigus, reliés entre eux ou simplement concomitants. Le médecin généraliste s'attache à caractériser le besoin en santé, à l'inscrire dans un plan de soin et priorise les réponses à apporter.

Le système de santé comporte trois niveaux de recours. Le médecin généraliste exerce en soins primaires. Il est responsable de l'allocation de la bonne ressource au patient, en respectant la gradation des soins.

Le médecin généraliste apporte donc une réponse au patient qui formule une demande en santé. **Il est en capacité de se former tout au long de sa carrière en vue d'apporter une réponse aux problèmes les plus prévalents.**
La réponse peut être un simple conseil, s'agissant de situations ne relevant pas d'une consultation médicale, dans une logique de pertinence des recours.

Lorsqu'un besoin de santé est identifié, la réponse thérapeutique peut être médicamenteuse, mais elle ne s'y limite pas nécessairement, ni exclusivement.
Une attention et une action constantes sont portées par le médecin généraliste en matière de **lutte contre la iatrogénie.** Il considère les **enjeux de déprescription** et réévalue à chaque nouvelle prescription ou "renouvellement d'ordonnance" la pertinence de celle-ci. Cette activité peut se réaliser en collaboration étroite avec le pharmacien et l'infirmier du patient, s'il en a un.

La réponse est apportée dans le cadre d'une décision médicale partagée dans toutes les situations où elle est appropriée, en s'appuyant sur les données scientifiques probantes, dans le cadre d'une **démarche Evidence Based Medicine (EBM)[61] et centrée sur la personne.** Elle peut nécessiter la mise en œuvre de savoirs procéduraux et de gestes techniques réalisés dans le cadre de la médecine générale.

Assurer la continuité des soins

Continuité des soins en médecine générale traitante

Le médecin généraliste peut intervenir dans une situation programmée de suivi, mais aussi dans un contexte aigu voire de soins non programmés.
Les consultations d'un médecin généraliste traitant combinent fréquemment ces deux types de situations.
Il veille donc, dans son organisation, à pouvoir répondre à l'ensemble de ces demandes, en préservant un espace de consultation pour les situations d'urgence ressenties. Cette organisation du cabinet est lisible pour le patient.

Dans le cadre de la médecine générale traitante, la mission de continuité des soins renvoie aussi au suivi longitudinal des personnes.
Pour cela, les médecins généralistes remplissent des missions de gestion du dossier médical de chaque personne, avec inscription au dossier médical partagé pour faciliter le partage d'informations entre professionnels assurant les soins à une même personne.

Demande de soins non programmés en horaire de permanence des soins ou en l'absence du médecin généraliste traitant

En l'absence du médecin traitant du patient, le patient peut être amené à consulter un autre médecin généraliste, dans le cadre d'un exercice collaboratif en cabinet de groupe ou en MSP, dans une structuration à l'échelle de la CPTS, par le SAS ou par des acteurs régulés de soins non programmés.
Le médecin généraliste consulté dans ce cadre s'inscrit dans une démarche de continuité des soins, en s'assurant de la bonne communication des informations au médecin traitant du patient. **S'il détecte une problématique non prise en soin, il en informe le médecin traitant du patient.**
Il accompagne le patient dans une filière de soins lorsque cela est nécessaire.

61 - Physicians' and patients' choices in evidence based practice
Haynes, Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. - BMJ. 2002 Jun 8;324(7350):1350. doi: 10.1136/bmj.324.7350.1350

Coordonner les soins

Il s'agit, dans le cadre du suivi longitudinal, d'assurer la pertinence et la continuité du parcours de soins de façon adaptée aux besoins de chaque personne pour maintenir ou améliorer son état de santé.
Il réévalue régulièrement la pertinence des parcours mis en place pour le patient.

Le médecin généraliste porte une responsabilité dans l'allocation de la ressource appropriée et disponible aux besoins identifiés chez le patient, seul ou en concertation avec d'autres professionnels notamment dans les situations complexes.
En cas de nécessité, **il est en mesure d'accompagner le patient** dans les filières qui permettront la bonne prise en soin de ses besoins en santé. Il accompagne le patient dans son parcours et communique efficacement avec lui à ce sujet.

Assumer une responsabilité populationnelle

Participer à la réduction des inégalités sociales de santé

En proposant un accueil inconditionnel de toute la population, à tous les âges de la vie, pour tous motifs, quelles que soient les conditions de vie de la personne, ses valeurs, représentations, croyances, parcours de vie, de façon accessible à toutes les personnes dans le cadre du système de santé français actuel (PUMa), en adoptant une lecture holistique de l'individu, bio-psycho-sociale, **les médecins généralistes participent à la lutte contre les inégalités sociales de santé.**

Tenant compte des déterminants sociaux de la santé, la démarche du médecin généraliste s'inscrit dans une logique d'universalisme proportionné, concentrant des efforts soutenus sur les populations les plus vulnérables face à la santé.
Il s'adapte aux besoins spécifiques de ses patients, en matière de littératie en santé par exemple. Les lieux d'exercice doivent être adaptés à la patientèle accueillie, en garantissant l'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap.

Les médecins généralistes doivent également veiller à une accessibilité équitable de leurs soins, en disposant des ressources nécessaires pour accompagner, le cas échéant, des patients ayant des besoins spécifiques.

Lorsque le patient est dans l'incapacité de se rendre au cabinet du médecin généraliste, c'est ce dernier qui se déplace jusqu'à lui, que ce soit à domicile ou sur son lieu de vie (EHPAD, maison d'accueil spécialisé, Institut médico-éducatif, etc.) notamment lorsque ces structures ne disposent pas d'un médecin généraliste à temps plein ou à temps partiel pour assurer le suivi des résidents.

Intégrer le champ de la santé mentale

Les médecins généralistes sont en capacité de diagnostiquer les troubles les plus courants, comme les troubles anxieux ou dépressifs, les souffrances psychiques liées au travail, les troubles de l'adaptation, du sommeil,...
Ils sont en capacité d'aborder les antécédents traumatiques et situations à risque de psycho-traumatisme en cours si le patient le souhaite, en maintenant en sécurité la personne soignée. **Ils sont sensibles au risque suicidaire qu'ils recherchent et évaluent sans le sous-estimer.**

Les médecins généralistes sont en capacité d'accompagner en soins primaires une partie des patients se présentant avec les troubles les plus courants, mais ils sont également en capacité d'identifier les situations nécessitant une expertise de second voire de troisième recours.

Le médecin généraliste a pour mission de réduire les inégalités en santé touchant les patients atteints d'une pathologie relative à la sphère psychique, se manifestant par un sous-diagnostic des comorbidités (cardiovasculaires, cancer, ...).
Conscient de l'impact des troubles de nature psychique, **le médecin généraliste adapte l'organisation de ses soins et accompagne le patient dans son parcours.** Son rôle de médecin de famille lui permet d'accompagner l'entourage des personnes vivant avec une pathologie psychiatrique.

Connaître son territoire d'exercice

Implanté dans un bassin de population, **le médecin généraliste connaît les besoins en santé les plus fréquents dans son territoire et met en œuvre des actions de formation s'il a besoins d'acquérir des compétences nouvelles.**
Le médecin généraliste participe donc à la coordination des soins à un échelon territorial, puisque pour mieux répondre aux besoins de santé de la population d'un territoire, les professionnels de santé s'organisent dans le cadre d'un exercice dit coordonné, formalisé ou non, ce dernier existant à plusieurs échelles (MSP, centres de santé, CPTS,...).

S'impliquer dans des actions de santé communautaire

Il propose, anime et participe à des actions en santé publique au sein d'un territoire, en collaboration avec les autres professionnels de santé et du champ sanitaire et social du territoire.

Approche « Une seule santé » (One Health)

C'est une vision intégrée et unificatrice dont l'objectif est un équilibre durable de la santé humaine, animale et des écosystèmes.
Cette approche reconnaît et considère que ces différents champs sont interconnectés et interdépendants. Mobilisant de nombreux secteurs, au-delà du seul secteur de la santé, et de nombreux acteurs, l'approche One Health intègre notamment les enjeux collectifs d'accès à une eau de qualité, à un air respirable, à l'énergie, à une alimentation saine, sûre et nutritive, et vise la promotion d'actions **pour agir sur les changements climatiques et construire un développement durable[62].**

En tant qu'acteurs de santé de premier recours et communautaire, les médecins généralistes et plus globalement les soins primaires peuvent être acteurs du plaidoyer pour la lutte contre les changements climatiques et la pollution[63], mais également participer aux changements de comportements des personnes dans une perspective de **co-bénéfices en santé individuelle et planétaire.**
Dans le cadre de leurs prescriptions, les médecins généralistes doivent intégrer au processus de décision la mise en balance des effets environnementaux, que ce soit pour l'impact des examens complémentaires, la prescription d'antibiotiques, les traitements aérosols dans l'asthme ou la BPCO, la déprescription de médicaments non indiqués ou à faible valeur ajoutée en santé[64],...

---

62 - One Health
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe
En ligne : **who.int/europe/initiatives/one-health**

63 - Santé planétaire en médecine générale. Le temps de l'action
Collège de la Médecine Générale
En ligne : **cmg.fr/wp-content/uploads/2021/05/Sante-planetaire_CMG-avril2021.pdf**

64 - The European Definition of General Practice/Family Medicine
WONCA Europe - 2023 Edition
En ligne : **woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf**

Transmettre et contribuer à l'amélioration des connaissances

Enseignement

Le médecin généraliste participe à la formation de ses pairs.
Il accompagne les étudiants de second et troisième cycle en exerçant une mission de supervision visant le développement de leurs compétences.
Il a conscience d'exercer une fonction de modèle de rôle et participe à l'édification d'une pratique professionnelle contribuant à l'attractivité de la spécialité.
14 000 praticiens agréés maitres de stage universitaires (PAMSU) exercent aujourd'hui en France, soit plus du quart des médecins traitants en exercice.

Il peut aussi être acteur de la formation médicale continue, à l'échelle du territoire et/ou via des organismes de DPC.

Recherche

Le médecin généraliste contribue à l'amélioration des connaissances scientifiques liées à son exercice professionnel.
La bonne tenue de ses dossiers lui permet d'envisager une exploitation des données de sa patientèle lorsqu'il le souhaite, en respectant la législation relative aux données de santé.
Il peut participer ou diriger des travaux de recherche concernant la discipline, et contribuer ainsi à une meilleure prise en soin des patients en contexte de soins primaires.
La participation à des travaux de type recherche-action peut être liée à des projets territoriaux de santé, permettant d'éclairer son action territoriale de santé publique.

Ces deux champs, enseignement et recherche, peuvent être investis de façon plus importante par les médecins généralistes faisant le choix d'assurer des fonctions universitaires en complément de leur activité clinique.

Concourir à la pertinence des soins et à la maîtrise des dépenses de santé

Le médecin généraliste est conscient de la nécessaire soutenabilité des dépenses et des besoins qui ne sont pas encore couverts.
Il s'attache à la bonne allocation de ressources, et respecte la gradation des soins consistant à réserver au second et troisième recours les situations le nécessitant réellement.
Il s'adapte à l'épidémiologie en soins primaires et développe les compétences nécessaires à la prise en soin extensive et qualitative des pathologies les plus courantes en soins primaires.

Les deux principes directeurs de ses prescriptions sont le bénéfice au patient et le respect d'une sobriété des prescriptions dans le cadre d'une démarche "choisir avec soin" veillant à limiter les prescriptions inappropriées ou inutiles.

Être un acteur de la démocratie sanitaire

Le médecin généraliste veille à associer les représentants des usagers aux actions de santé publique les concernant.
Il s'appuie sur les ressources mises à disposition par les associations d'usagers et considère la pair-aidance comme un levier de meilleure appropriation de la maladie par le patient.
Dans le cadre du colloque singulier, il considère le patient comme un partenaire, apte et légitime à décider pour lui-même (respect du droit à l'autodétermination des personnes).

S'approprier les nouveaux outils numériques et technologiques

Cette mission s'intègre dans l'adaptabilité du médecin généraliste au contexte et à son évolutivité.
À l'heure où ce référentiel est rédigé, nous avons choisi de réserver un point d'attention sur les outils numériques et technologiques dont la discussion des usages et impacts dans l'exercice quotidien est particulièrement prégnante. Cette liste n'a évidemment pas vocation à être exhaustive ni limitative, et pourra nécessiter d'être évolutive.

Le médecin généraliste tire profit des possibilités offertes par son logiciel métier. Il lui permet en effet d'étiqueter les éléments de la consultation, pour un meilleur suivi, une meilleure communication à des tiers professionnels de santé et une meilleure traçabilité.

L'avènement de l'intelligence artificielle et les gains qualitatifs rapides dans ce domaine dessinent la perspective d'immenses applications pratiques dans le champ de la santé. L'usage de l'IA s'inscrit dans une démarche raisonnée, dont l'objectif est d'améliorer l'efficience et la pertinence des soins, en tenant compte des enjeux environnementaux liés à l'utilisation de ces outils.

L'échographie clinique ciblée (ECC) est un outil en plein essor en médecine générale.
Elle permet de prolonger l'examen clinique, de répondre immédiatement à une question clinique, d'améliorer et d'accélérer la prise en soin et le parcours du patient. Elle s'intègre peu à peu à la formation médicale initiale et continue. Son utilisation et son accessibilité se renforcent avec les avancées technologiques et les évolutions de prix des appareils..

Contribuer à l'organisation territoriale et à la structuration des soins primaires

Les soins primaires intègrent de nombreuses professions.
Le médecin généraliste a pour mission de coopérer avec les autres professionnels du soin, en respectant l'intérêt du patient.
Les médecins généralistes s'engagent dans une démarche partenariale avec les acteurs de soins locaux et avec les représentants de la population, élus locaux et représentants des usagers.
Ils contribuent à l'amélioration de la qualité des soins dans les équipes et les organisations, et se positionnent comme des acteurs qui conduisent et/ou accompagnent le changement.

Pour conduire le changement, les médecins généralistes, à côté des autres professionnels, développent des compétences collaboratives et de leadership.
Ils construisent leurs projets sur une analyse des besoins en santé, connaissent les enjeux en santé publique de leur territoire (diagnostic territorial).
Les projets de santé ainsi élaborés décrivent les moyens nécessaires à leur bon fonctionnement (maîtrise d'ouvrage).

Les compétences
des médecins généralistes

Pour exercer ses missions dans le système de santé, le médecin généraliste met en œuvre un ensemble de compétences professionnelles spécifiques de la médecine générale dans les familles de situation rencontrées[65], mobilisant de nombreux concepts dans sa pratique[66].

Collectivement, les médecins généralistes développent leurs compétences professionnelles de soins, pour mettre en place une pratique médicale de qualité, suivant une approche de médecine basée sur les données probantes (Evidence Based Medicine, EBM), dans le cadre d'une relation médecin/patient de qualité.
Ils développent également l'exercice coordonné en pluriprofessionnalité, que ce soit dans une unité de lieu ou dans un territoire de soins. La formation continue tout au long de leur carrière professionnelle et la capacité à reconnaître le champ de leurs compétences et leurs limites y contribuent.

Pour mémoire, la compétence est un "savoir agir complexe reposant sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'un ensemble de ressources internes et externes pour résoudre un problème dans une famille de situations données".

Les compétences mobilisées par les médecins généralistes sont décrites dans plusieurs référentiels de compétences, nationaux et internationaux.

Pour définir les compétences mobilisées par les médecins généralistes, nous nous sommes appuyés sur le référentiel du CNGE[67] (Annexe 8), le référentiel de la WONCA Europe[68] (Annexe 8) et sur le CANMEDS Family Medicine[69].

---

65 - Les grandes familles de situations cliniques
Attali C, Huez JF, Valette T,Lehr-Drylewicz AM - Exercer 2013;108:165-9

66 - Manuel théorique de médecine générale
Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. - 1ère éd. Paris : Global média santé; 2015. 207 p. ISBN 978-2919616183.
En ligne : **sfmg.fr/publications/detail/manuel-theorique-de-medecine-generalef**

67 - Définitions et descriptions des compétences en médecine générale
Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. - Exercer.2013;108:148-55

68 - The European Definition of General Practice/Family Medicine
WONCA Europe - 2023 Edition
En ligne : **woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf**

69 - A competency framework for family physicians across the continuum
Shaw E, Oandasan I, Fowler N, eds. CanMEDS-FM- Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada - 2017

Premier recours

Dans le cadre de son exercice, le médecin généraliste est le premier contact médical avec le système de santé, et se rend accessible (proximité, disponibilité, coût) pour proposer une réponse à toutes les demandes de soins quel que soit l'âge, le genre ou toute autre caractéristique des personnes.

Le médecin généraliste est capable de gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, et d'orienter la personne de façon adaptée dans le système de santé dans le cadre d'un usage raisonné des ressources.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Dispenser des soins dans toute la gamme de soins médicaux de premier recours :** promotion de la santé, prévention, diagnostic et traitement des maladies aiguës (urgentes ou non) ou chroniques, prévalentes, graves ou mortelles, la réadaptation, les soins de confort, les soins palliatifs et de fin de vie, l'accompagnement de la parentalité et dans la vie familiale.
- **Reconnaître la complexité et l'incertitude inhérentes à l'exercice de la médecine** et y réagir de façon appropriée.
- **Réaliser l'anamnèse, l'examen physique, choisir les examens appropriés et les interpréter** à des fins de diagnostic et de plan de prise en charge, de prévention et de promotion de la santé.
- **Mener une démarche de priorisation adaptée** pour l'évaluation et la prise en charge en tenant compte de la perspective du patient, du contexte et de l'urgence médicale.
- **Prendre des décisions éclairées par les meilleures données probantes disponibles et par la perspective du patient ainsi que par l'expérience professionnelle** (approche EBM).
- **Réaliser toute intervention technique fréquente** dans le contexte du premier recours de façon appropriée et sécuritaire pour le patient.
- **Planifier la continuité des soins et organiser son activité** de sorte à proposer des consultations en temps opportun.
- **Créer un environnement inclusif et culturellement sécurisant** en faisant preuve d'ouverture à l'égard des idées et connaissances du patient, en cherchant à comprendre et respecter ses croyances en matière de santé ancrées dans sa culture, en tenant compte des expériences antérieures du patient, et en identifiant ses propres biais et préjugés pour les analyser et les déconstruire.

Approche globale

Le médecin généraliste est capable de tenir compte des dimensions culturelles, environnementales et contextuelles en s'appuyant sur l'approche bio-psycho-sociale, dans une approche globale de la santé qui intègre également les dimensions de co-bénéfices en santé individuelle et planétaire (One Health), notamment par la mise en œuvre d'un processus de décision visant une prescription raisonnée, la déprescription et la prévention.

Le médecin généraliste reconnaît la santé mentale comme une composante de la santé de l'individu à laquelle une réponse doit pouvoir être apportée en soins primaires[70].

L'approche centrée sur la personne intègre les problématiques de santé mentale, et reconnaît les manifestations physiques et psychiques comme des modes d'expression intriqués de la maladie.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Utiliser le modèle biopsychosocial** et tenir compte de la dimension culturelle, existentielle et environnementale dans sa prise de décision.
- **Intégrer les données probantes disponibles** en tenant compte du contexte, de l'épidémiologie, des multimorbidités et de la complexité.
- **Informer les patients et la communauté** des co-bénéfices en santé individuelle et planétaire.
- **Adapter sa posture et sa communication** en fonction des situations.
- **Mettre en œuvre une démarche de prescription raisonnée,** de déprescription et dans le choix des examens réalisés tant de dépistage, de prévention que de diagnostic, dans une approche conciliant qualité des soins, soutenabilité des ressources et éco-responsabilité.

70 - Core Competencies of Family Doctors in Primary Mental Health Care
WONCA Working Party for Mental Health - WONCA - 2018.
En ligne : **globalfamilydoctor.com**

Une approche centrée sur le patient

Le médecin généraliste est capable d'intégrer le contexte spécifique du patient dans sa démarche décisionnelle (modèle EBM) et de respecter l'autonomie des personnes, en construisant un partenariat de soins au sein duquel les priorités et décisions sont établies en accord avec le patient.

Le médecin généraliste adapte son suivi et les soins aux besoins du patient et à leur évolution, et promeut l'*empowerment* et l'autonomie / autodétermination dans la gestion de sa santé.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Établir le projet de soins en s'accordant sur ses objectifs en partenariat avec le patient** et, le cas échéant, sa famille et ses proches, en tenant compte de ses valeurs et priorités.
- **Reconnaître, à chaque épisode de soins, les rôles respectifs du patient,** des autres professionnels de santé et le rôle du médecin traitant.
- **Se comporter selon les règles déontologiques** et dans le respect de normes éthiques élevées avec le patient.
- **Mettre en œuvre une décision partagée avec le patient.**

Continuité et approche intégrée des soins

Le médecin généraliste est capable de gérer des motifs multiples tant aigus que chroniques que de prévention et promotion de la santé, en assurant la coordination des soins dans le cadre du colloque singulier et en lien avec les autres professionnels de santé et du secteur médico-social et la cohérence dans la gestion des différents épisodes de soins.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Gérer de façon simultanée plusieurs plaintes et pathologies,** tant aiguës que chroniques, en tenant compte des aspects cliniques et contextuels, même dans l'incertitude.
- **Mettre en œuvre et coordonner la promotion de la santé,** la prévention, le traitement, le soin, la réadaptation et lorsque nécessaire les soins palliatifs.
- **Travailler en collaboration avec les patients, leur entourage, les autres professionnels de santé et les parties prenantes** pour offrir des soins complets et globaux.
- **Promouvoir la santé et la prévention** par des stratégies adaptées et renforçant la réponse collective aux enjeux de santé planétaire, de santé environnementale et de durabilité des ressources.
- **Utiliser le dossier de santé électronique** pour documenter les soins apportés, l'information afin d'optimiser la prise de décision clinique et la sécurité des patients, dans le respect du secret professionnel.

Promotion de la santé, prévention et approche de santé communautaire

Le médecin généraliste est capable d'accompagner les patients dans le maintien de leur santé en intégrant dans sa pratique la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention dans ses différentes dimensions.

Le médecin généraliste est capable d'envisager la prévention dans une dimension tant individuelle que communautaire tenant également compte des enjeux de santé planétaire.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Intégrer les principes de prévention de la maladie,** de promotion et de maintien de la santé dans les échanges avec chaque patient.
- **Collaborer avec le patient (échelle individuelle) et avec les collectivités et / ou populations (échelle communautaire**) pour caractériser les déterminants de la santé s'appliquant et devant être pris en compte et améliorer la santé et l'équité des soins.
- **Envisager la santé à l'échelle individuelle et communautaire** en visant un équilibre dans l'usage des ressources disponibles, notamment par une approche d'universalisme proportionné.
- **Développer une approche ancrée dans la santé planétaire,** notamment par une approche éco-responsable du soin au cabinet et dans ses prescriptions ainsi que dans son approche de la prévention.
- **Intégrer dans sa pratique une démarche de réduction des risques liés aux soins** et d'analyse des incidents mettant en cause la sécurité des patients.

Communication

Le médecin généraliste est capable de construire une relation de soins avec le patient en s'appuyant sur une communication adaptée et des habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients et dans la perspective d'une relation dite thérapeutique.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Développer des liens de confiance** et une relation thérapeutique respectant l'éthique, la confidentialité, la vie privée et l'autonomie du patient
- **Mettre en œuvre une écoute active** et répondre aux préoccupations des patients.
- **Adapter sa communication verbale et non verbale** aux valeurs et préférences de chaque patient et répondre aux comportements non verbaux d'un patient pour améliorer la communication.
- **Tenir compte de la perspective du patient** lors du recueil d'informations et entretien médical.
- **Réaliser une information claire, exacte et de qualité,** y compris sur les événements indésirables liés aux soins.
- **Avoir recours aux outils nécessaires et adaptés** pour améliorer la communication (technologies de l'information, interprétariat).

Collaboration interprofessionnelle

Le médecin généraliste est capable de travailler avec les autres professionnels pour évaluer, planifier, mettre en œuvre et évaluer les soins mis en place pour un individu et ses aidants, en s'appuyant sur une communication adaptée et en reconnaissant et respectant les rôles, responsabilités, compétences et limites des autres professions par rapport aux siens et **en soutenant le développement de l'équipe.**

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Décrire son rôle et ses responsabilités** et ceux des autres personnes impliquées dans le soin, la recherche, l'enseignement et la gestion.
- **Respecter les rôles de chacun** et clarifier le partage des rôles et responsabilités dans la prise en charge des patients.
- **Reconnaître et avoir conscience des limites liées à son rôle propre,** de ses responsabilités et de ses compétences, et percevoir ses besoins dans un cadre de référence élargi (c'est-à-dire allant au-delà de sa profession seule).
- **Partager le leadership** en faisant la transition de membre à leader d'une équipe selon le contexte, la composition de l'équipe et les besoins du patient.
- **Travailler avec les autres** pour favoriser la compréhension mutuelle, gérer les divergences et résoudre les conflits, dans un environnement de travail convivial.
- **Travailler avec d'autres au sein d'organisations de soins** pour atteindre les résultats propices à la transformation de la pratique, de l'organisation et du système dans un objectif de progression de la qualité des soins.
- **Participer à l'établissement du diagnostic territorial** avec les autres acteurs de soins et institutionnels.
- **Participer à la construction et mise en œuvre** de projets locaux.

Leadership

L'exercice d'un leadership, associé ou non à des positions stratégiques car il n'est pas synonyme de fonction hiérarchique, consiste à porter une vision et à insuffler l'élan nécessaire à la transformation.

Développer le leadership, c'est développer la capacité à conduire et accompagner le changement.
Le leadership peut être appris, pratiqué et perfectionné quelles que soient les prédispositions naturelles[71].

Le médecin généraliste est capable de contribuer activement à l'évolution du système de soins, à l'échelle locale, territoriale et/ou nationale, dans les domaines du soins et/ou de la gouvernance et/ou de l'enseignement et/ou de la recherche.

Les manifestations de cette compétence sont notamment les suivantes :

- **Contribuer à une culture qui favorise la sécurité des patients** et la prise en compte des responsabilités populationnelles.
- **Faire preuve de leadership collaboratif** dans sa pratique professionnelle et inciter d'autres personnes à travailler vers l'objectif d'amélioration de la qualité des pratiques.
- **Faciliter les changements** pour améliorer la qualité des soins.
- **Travailler en équipe** pour guider et accompagner la transformation des pratiques, de l'organisation et du système.
- **Conduire des projets** permettant la transformation des pratiques et l'amélioration du système de soins et la qualité des soins.

71 - Leaders, managers et médecins
Porto V, Agoritsas T. - Rev Med Suisse; 903:212-212 - Janv. 2025

CHAPITRE 3

Engagements

Nos engagements,
notre responsabilité sociale pour la santé 81

Une responsabilité partagée
grâce à des politiques publiques de santé
ambitieuses pour les soins primaires 82

Nos engagements, notre responsabilité sociale pour la santé

Pour l'accès aux soins

La médecine générale s'engage à :

- Agir afin que tous les patients puissent avoir accès à un médecin généraliste **dans un délai raisonnable, adapté à la demande de soins.**
- **Assumer collectivement les missions de continuité des soins et de permanence des soins.**
- **Accueillir inconditionnellement toute la population** pour l'ensemble de ses besoins de santé, dans un universalisme proportionné, en allant vers les besoins de chacun.

Pour répondre aux besoins de santé de la population

La médecine générale s'engage à :

- **Territorialiser l'organisation des soins de manière effective,** et en développant des outils facilement utilisables pour l'évaluation de la pertinence de ces modèles d'organisation et de soins par les professionnels concernés.
- **Prendre la responsabilité d'une réponse adaptée et proportionnée** aux besoins de santé de nos territoires.
- **Travailler en coopération pluriprofessionnelle** pour construire une réponse plus adaptée aux besoins de santé et favorisant la soutenabilité du système en nous appuyant sur nos référentiels respectifs et sur nos missions partagées.

Une responsabilité partagée
grâce à des politiques publiques de santé ambitieuses pour les soins primaires

Honorer les engagements pris suppose des politiques de santé rendant possible leur réalisation.

Les mesures permettant la réalisation de nos missions, la mise en œuvre de nos compétences et le respect de nos engagements s'envisagent à l'échelle nationale et à celle de nos territoires d'exercice. Elles concernent plusieurs domaines.

Sur le plan national

En matière de gouvernance

Notre système de santé nécessite d'être gradué de façon lisible en plusieurs niveaux de recours connectés et coordonnés.
La reconnaissance du rôle du médecin généraliste en soins primaires et en santé publique est indispensable à notre système de santé pour le rendre plus économe par la baisse de la morbi-mortalité.
Une meilleure structuration des soins primaires contribuera à améliorer l'attractivité de la médecine générale et des autres professions de santé ainsi qu'à augmenter l'attractivité de nos territoires de vie.

Investir sur les soins primaires avec une visibilité à long terme facilitera la conduite de la transformation du système de santé. Les espaces de dialogue et de négociation entre professionnels de soins primaires sur leurs sujets communs doivent continuer à se développer.

Mieux identifier l'activité des professionnels en exercice pour modéliser les effectifs souhaités en fonction des besoins, permettra de mieux piloter la formation des étudiants en santé.

Une meilleure intégration des équipes de soins primaires avec les services sociaux et médico-sociaux doit faciliter la prise en soin des patients dans une approche bio-psycho-sociale.

Sur le plan économique

Améliorer l'attractivité de la profession de médecin généraliste implique de **reconnaître et valoriser son rôle propre dans le système de santé**.
De trop grandes différences de reconnaissance et de rémunération subsistent encore entre spécialités et entre modes d'exercice.

Les activités de recherche et de formation nécessitent le développement et l'augmentation d'effectifs dédiés.
De même, les activités d'appui et de coordination nécessitent le développement de postes dédiés, reconnus et valorisés, pour permettre la réalisation des missions associées.

Valoriser les nouvelles missions, notamment celles ayant trait à la complexité (multimorbidité, vulnérabilité psychosociale…), qui nécessitent d'adapter les durées de consultation et impliquent une part plus importante de coordination des soins, **permettra aux médecins généralistes de les investir durablement.**

Le développement d'équipes structurées assurant les soins de proximité nécessite d'accélérer le développement des assistants médicaux, et de renforcer le dispositif Asalée et de créer les conditions du déploiement des IPA en équipes coordonnées.

En matière de formation

La formation initiale et continue doit permettre de développer l'ensemble des compétences attendues en s'adaptant aux enjeux actuels, en santé publique et environnementale, comme en conduite de projets. L'accès à la formation continue doit être garanti dès le début de l'exercice professionnel des médecins généralistes, y compris à ceux exerçant comme remplaçants.

Pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, un levier majeur est de promouvoir la formation en interprofessionnalité[72] tout au long de la formation initiale et continue des médecins généralistes.
Apprendre précocement durant les études médicales les rôles de chaque professionnel de santé et l'organisation des différents corps de métier participe au développement des compétences collaboratives. En formation continue, cela nécessite d'assouplir les règles en vigueur de l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

Pour préserver la relation soignant-soigné, la formation initiale et continue des médecins généralistes peut intégrer diverses méthodes pédagogiques (ateliers de communication, groupes d'analyse de pratique, simulation…).
Le développement des dispositifs intégrant des patients enseignants dans le cursus de formation initiale et continue et le renforcement de l'enseignement des humanités précocement dans le cursus constituent des leviers majeurs.
Faire intervenir davantage les patients experts dans la formation des médecins généralistes et dans les prises en charge de nos patients participe également au développement des pratiques collaboratives.

72 - **Apprendre en inter-professionnalité à partir de l'expérience de patients-mentors**
Gross O, Azogui-Levy S, Bourdon O, Foucaut AM, Margat A, Lartigue C, et al. - EXPAME. Pédagogie Médicale. 24(1):7-18.

Adopter un plan ambitieux de formation en santé mentale permettant de prendre soin des situations les plus fréquemment rencontrées en soins primaires, permettre l'enseignement précoce, durant le cursus puis en formation continue, de psychothérapies adaptées à la pratique de la médecine générale, contribuera au développement des soins primaires en santé mentale. Il conviendra également de créer les dispositions conventionnelles permettant la reconnaissance de cette activité indispensable en soins primaires.

L'amélioration des parcours de soins des patients passe également par **le renforcement de la formation ambulatoire en médecine générale dès le deuxième cycle des études médicales** pour améliorer l'attractivité de la spécialité et améliorer les liens premier-second recours et ville-hôpital.

La formation ambulatoire permet d'assurer une formation à la prise en charge de l'ensemble des pathologies aiguës comme chroniques prévalentes en médecine générale, et à la multimorbidité.
Cela participe à favoriser la prise en charge à l'échelon des soins primaires, limitant ainsi le recours aux spécialistes d'organes pour le réserver aux situations nécessitant un plateau technique où un avis d'expert réellement justifié.

La formation initiale comme continue doit enfin permettre de s'approprier les nouveaux outils d'exercice pour développer des compétences spécifiques à leur usage lorsque nécessaire, en vue d'une mise en œuvre raisonnée, délibérée et réfléchie dans la pratique professionnelle.

Sur le plan territorial

Comme à l'échelon national, **placer l'organisation territoriale des soins primaires au cœur des politiques publiques territoriales est un élément essentiel pour rendre possible les engagements de la profession.**

L'échelon territorial est la clé de la structuration d'un exercice collaboratif de soins primaires, en priorisant et en développant les collaborations interprofessionnelles respectant une unité de lieu.
Rendre possible l'intervention, en structure de soins primaires, de travailleurs sociaux, est indispensable à la collaboration médico-sociale et à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

L'échelon départemental est le plus adapté à la promotion d'une culture de la régulation des soins, notamment grâce à une régulation ambulatoire interfacée avec le SAMU et disposant des moyens de son autonomie.

CONCLUSION

Répondre aux défis posés à notre système de santé français en 2025 nécessite de placer les soins de premier recours, auxquels les médecins généralistes contribuent avec d'autres, au cœur de notre système de soins.

Ce référentiel montre comment nos compétences, mobilisées au service de nos multiples missions, participent à cette réponse collective.

Une meilleure reconnaissance par les pouvoirs publics des soins primaires, tant symbolique que réglementaire et financière, et un changement de paradigme pour passer d'une médecine essentiellement curative à une médecine plus préventive, sont les piliers d'un système de santé plus efficace, plus inclusif et plus résilient.

Les médecins généralistes assumeront d'autant mieux leur rôle propre dans ces changements qu'une priorité sera donnée aux soins primaires dans une programmation à long terme, au niveau national comme dans nos territoires.

Nous répondrons ainsi collectivement aux défis de l'égal accès aux soins et de la réduction des inégalités en santé de nos concitoyens.

REMERCIEMENTS

Le groupe de pilotage initial constitué en mars 2024, composé de Jacques Battistoni, Guillaume Coindard, Racha Onaisi et Yohan Saynac souhaite remercier pour leur contribution et pour leur soutien très actif :

- **Le comité de pilotage** qui s'est constitué avec eux en septembre 2024 en regroupant des représentants des diverses structures adhérentes au collège : Antoine de Beco, Pauline Bertois, Olivier Cadiou, Fréderic Chevallier, Eric May et Frédéric Villebrun ; ce comité n'a jamais ménagé ni son temps ni sa peine pour tenir nos échéances avec plaisir et bonne humeur ;

- **Paul Frappé, Isabelle Richard, Didier-Roland Tabuteau** pour leurs belles préfaces à cet ouvrage collectif ;

- **Paul Frappé et l'ensemble du bureau du CMG** pour leur soutien sans failles ;

- **Laetitia Labonne et Sarah Becouarn,** directrice et secrétaire du CMG, pour leur aide précieuse ; **Fréderic Limacher** pour la mise en page du réferentiel et pour sa patience à notre égard !

- **Celles et ceux qui nous ont encouragés dès les premiers jours ;** leurs regards et leurs conseils ont enrichi notre réflexion et facilité la conduite de notre ouvrage. Merci Dominique, Etienne, Nicolas, Pascal, Yann, Roland, Virginie, Gilles, et bien d'autres encore,...

- **Toutes les structures adhérentes au CMG** qui ont apporté leur contribution à notre réflexion dès le printemps 2024 en répondant à nos questions ;

- **Les rédacteurs des contributions thématiques** qui ont enrichi nos réflexions pour décrire la place de la médecine générale dans la santé demain.
  Merci Isabelle, Francis, Jacques, Robert, Cyril ;

- **Les associations et syndicats représentant les structures partenaires des médecins généralistes dans leur exercice quotidien.** Merci John, Daniel, Sébastien, Philippe, Patrick, Marie-Hélène, Thierry, David, Franck et les nombreux relecteurs d'avoir trouvé le temps d'un entretien ou d'une contribution écrite pour nous aider dans notre entreprise ;

- **Les associations de patients et usagers** interrogées lors d'un focus groupe ;

- **Les personnes qualifiées par leur expérience et par leur connaissance de notre système de santé** qui ont accepté de répondre à nos questions.
  Merci François, René-Pierre, Jean-Marcel, Pierre-Jean, Emmanuel, Pierre-Louis, Gérard, Christian, François, Nicolas, Julien, Pierre-Louis, Xavier, Evelyne,...

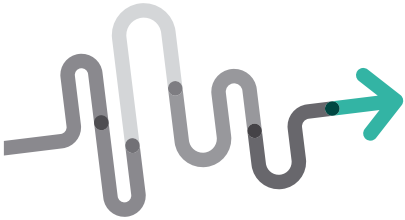
- **Yann Bourgueil, soutien de la première heure puis Jeanne et Léo,** étudiants à la Chaire Santé SciencesPo, qui nous ont accompagnés durant nos phases de recherche, d'analyse et d'écriture, pour leur contribution très active !

- **Le Collège National des Généralistes Enseignants** qui a mis à disposition ses locaux pour notre conférence de concertation et nos conférences de rédaction ;

- **Le comité de pilotage souhaite remercier spécialement l'équipe de Cap Nova :** Sandra, Nicolas et Marc. Très motivés par notre entreprise collective, ils ont préparé avec nous puis ont animé la conférence de concertation que nous avons organisée en décembre 2024. Ils nous ont ensuite accompagnés pendant la phase d'écriture de l'ouvrage que vous lisez aujourd'hui.
  Leur accompagnement nous a aidés à faire ressortir le meilleur de l'intelligence collective des médecins généralistes.

Enfin nous voulons saluer l'engagement de toute notre profession.
Elle a su désigner des représentants de toutes ses structures : sociétés savantes, collège académique, associations de formation et syndicats professionnels.

Ils ont participé à la conférence de concertation puis à la relecture et aux corrections de ce référentiel professionnel pour aujourd'hui et pour demain, **afin de parvenir à un ouvrage collectif qui exprime à la fois notre diversité, nos points communs et notre engagement pour la santé de tous.**



Profession
médecine générale
Référentiel professionnel de la médecine générale

ANNEXES

Données récentes sur l'activité des médecins généralistes à partir des bases de l'Assurance Maladie (année 2023) 91

Un exemple de prévention et de soins coordonnés : focus sur la maladie rénale chronique 96

Contribution sur la santé au travail 98

Contribution sur la santé mentale 98

La collaboration interprofessionnelle en action 99

Contribution sur l'échographie clinique ciblée 106

Contributions sur l'intelligence artificielle 106

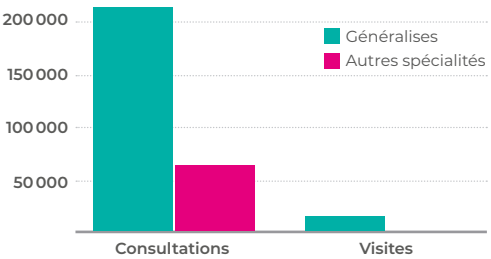
Rôles et compétences des médecins généralistes selon les référentiels du CNGE et de la WONCA Europe 107

Données récentes sur l'activité des médecins généralistes **à partir des bases de l'Assurance Maladie** (année 2023)

Les données illustrant ce document ne concernent que l'activité libérale des médecins généralistes et les actes présentés au remboursement.
Source : SNIIRAM datamart AMOS, extractions réalisées au 3ème trimestre 2024 à partir des données de remboursement consolidées pour l'année 2023.

Activité clinique : généralités

Actes cliniques remboursés
(en milliers)



Les médecins généralistes en 2023 ont effectué **210,3 millions de consultations et 13,7 millions de visites** au domicile de leurs patients.
Cela représente **77%** des actes cliniques médicaux, et **99,8%** des visites à domicile.

Parmi ces visites, **2,2 millions de Visites Longues** pour patient en ALD.

Démographie et activité (année 2022)

	2016	2019	2021	2022
Nombre de PS	49 410	48 274	47 760	47 412
Nombre d'actes cliniques	252 034 024	241 230 838	236 552 114	234 759 089
Nombre d'actes cliniques / PS	5101	4997	4953	4951
File active / PS	1629	1665	1646	1710
Nombre de patients MT / PS	919	1059	1103	1120
Nombre de patients MT adultes / PS	919	967	989	997

Le nombre de médecins généralistes hors MEP (Médecins à Exercice Particulier) conventionnés au 31/12/2022 ayant au moins un patient MT et installés toute l'année **a baissé de 4% entre 2016 et 2022** (source CNAM-DCIR-FNPS).

Activité pédiatrique

Patients 0-2 ans	Tous		En ALD	
	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes
Généraliste	50811	7084197	15094	69155
Pédiatre	2338	3300108	2005	42648
ORL	1339	79757	427	1231
Psychiatre	186	1640	17	83
Sage Femme	5300	173036	249	719
Autre spécialité	12416	400758	2333	9909

Patients 3-5 ans	Tous		En ALD	
	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes
Généraliste	52433	11541398	36073	272458
Pédiatre	2338	2729068	2223	73421
ORL	1504	644833	1245	13989
Psychiatre	847	33200	254	3891
Sage Femme	1171	3740	16	25
Autre spécialité	18980	1812832	8262	56876

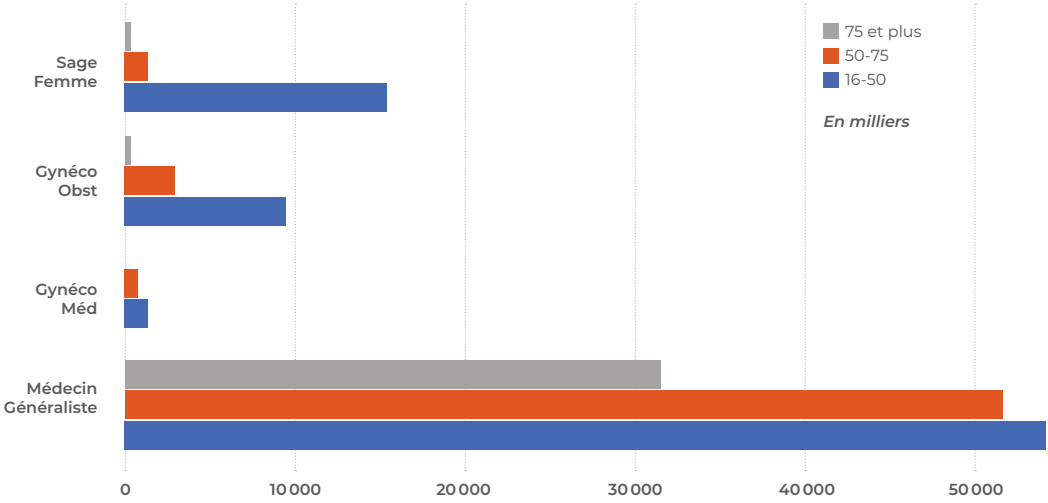
Patients 6-16 ans	Tous		En ALD	
	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes	Nb de PS exécutants	Quantité d'actes
Généraliste	54498	19884506	49566	981260
Pédiatre	2320	1858633	2226	111100
ORL	1534	659831	1433	27774
Psychiatre	2341	429588	1211	81632
Sage Femme	5496	43907	756	1385
Autre spécialité	31778	9071465	19735	383844

Les médecins généralistes, très largement plus nombreux que les pédiatres, réalisent **plus de 60% des actes des enfants de moins de 2 ans.**
Ils réalisent plus de la moitié des actes des patients de moins de 2 ans en ALD.
La répartition est quasiment la même pour les tranches d'âge supérieures.

En 2023, les généralistes ont effectué 434 000 consultations « obligatoires » des enfants (en libéral, essentiellement au 9éme et 24éme mois).
Les autres spécialistes dont les pédiatres en ont effectué 267 000 la même année. **680 000 consultations complexes et très complexes** ont été effectuées par les généralistes, versus **143 000 par les autres spécialités.**

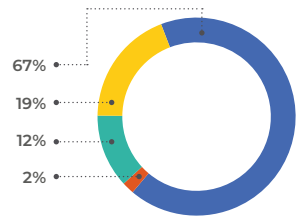
Activité en santé de la femme

Nombre d'actes réalisés en 2023 pour les femmes
par spécialité et par tranche d'âge

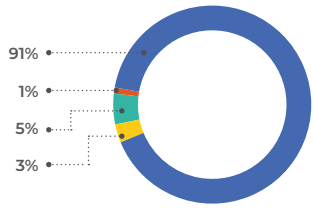


Les médecins généralistes effectuent la majorité des actes portant sur les femmes quelle que soit la tranche d'âge. Tous les actes ne sont pas obligatoirement gynécologiques.

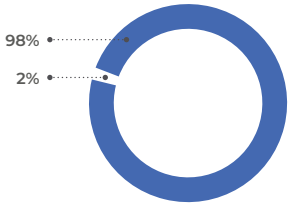
% actes réalisés pour les femmes de 16 à 50 ans
par spécialité



% actes réalisés pour les femmes de 50 à 75 ans
par spécialité



% actes réalisés pour les femmes de plus de 75 ans
par spécialité

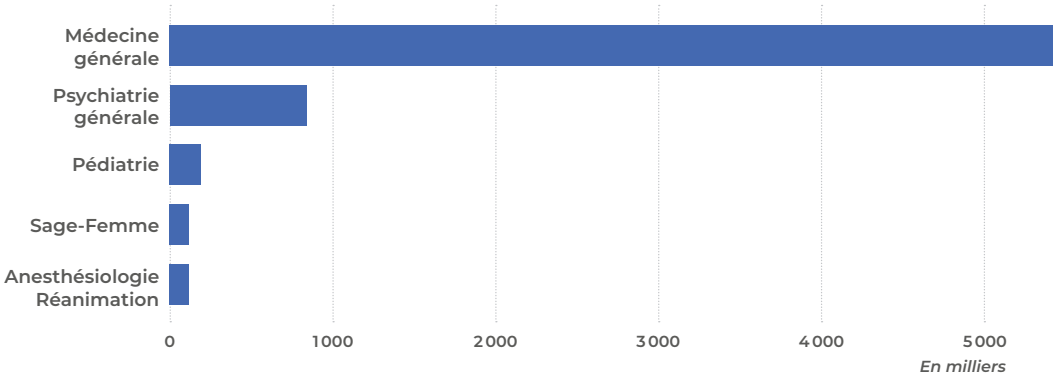


Généraliste Gynéco Méd. Gynéco Obst. Sage Femme

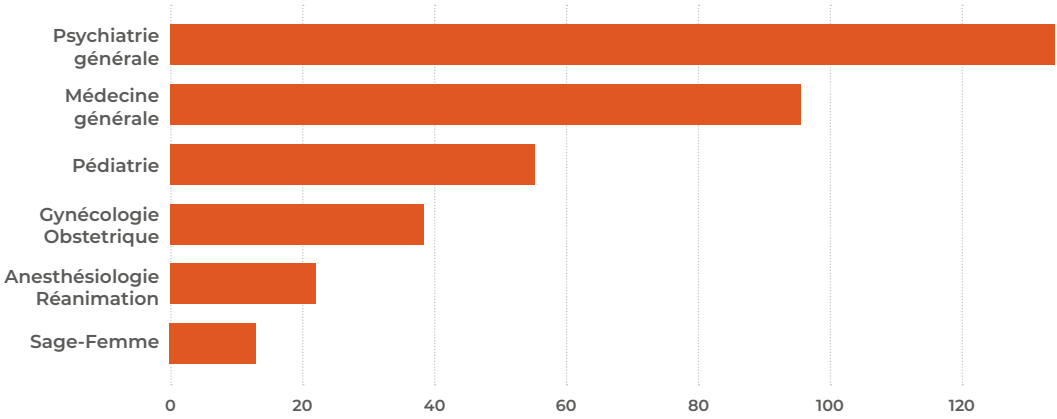
Ce pourcentage augmente avec l'âge de la patiente.
Par ailleurs les généralistes ont réalisé en 2023 plus de **30 000 consultations d'IVG,** pendant que les gynécologues en ont réalisé un peu moins de 26 000
En matière de contraception et prévention santé sexuelle, les MG ont coté **172 000 CCP quand les autres spécialités en ont coté 54 000.**

Activité en téléconsultation

Téléconsultations



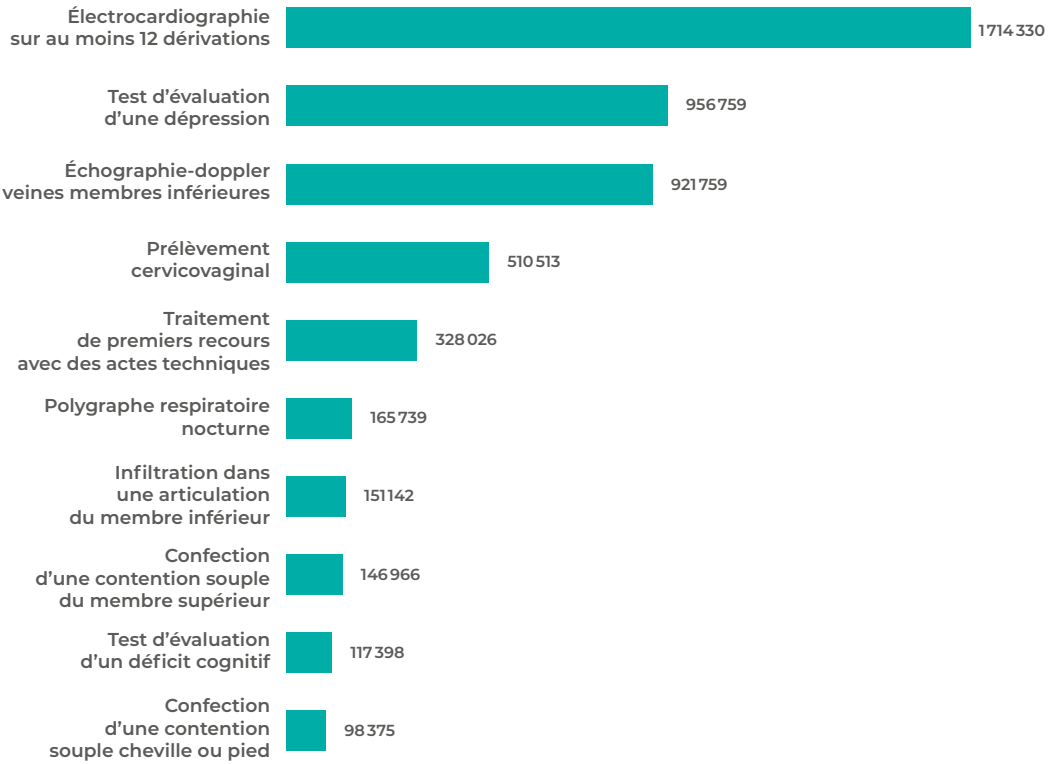
Téléconsultations / effectif



Les généralistes font la grande majorité des téléconsultations, mais en rapportant le nombre brut par l'effectif, ce sont les psychiatres qui en font le plus.

Activité « technique » CCAM

Les 10 cotations CCAM les plus fréquentes chez les MG



Il convient de noter que ces actes sont probablement sous évalués en raison d'une cotation fréquemment non réalisée.
En effet, **certains de ces actes ont un tarif inférieur à celui de la consultation de médecine générale.**

Un exemple de prévention et de soins coordonnés : **focus sur la maladie rénale chronique**

La maladie rénale chronique (MRC) est souvent abordée avec le prisme de l'insuffisance rénale nécessitant une suppléance par dialyse ou greffe.

Très coûteux, ces traitements indispensables aux stades avancés pourraient être évités grâce à une meilleure surveillance des patients atteints de MRC.
Une prévention secondaire active et bien organisée en soins primaires peut en effet permettre de réduire l'incidence des stades avancés de la maladie.

Pour les médecins généralistes traitants, il s'agit en premier lieu d'optimiser le dépistage et le suivi de leurs patients à risque cardiovasculaire élevé : patients en surpoids, dyslipidémiques ou diabétiques, tabagiques, hypertendus, coronariens ...
Cette prévention primaire ou secondaire se concrétise à travers le suivi régulier préconisé par la HAS[73], en recherchant les signes annonciateurs d'une MRC débutante grâce au rapport albuminurie sur créatininurie (RAC) dans les examens biologiques de dépistage des pathologies auxquelles ils sont exposés (par exemple diabète ou insuffisance cardiaque). Partie intégrante d'un suivi régulier, la recherche de signes de MRC est ainsi dédramatisée et mieux acceptée par les patients qui appréhendent la découverte d'une maladie grave.

Le dépistage en soins primaires chez les patients éloignés des soins du fait de leur précarité ou de leur réticence à s'occuper de leur santé s'appuie sur une démarche d'"aller-vers".
Une partie importante de la patientèle des médecins généralistes échappe en effet à leurs stratégies de suivi, même quand elles sont mises en place avec beaucoup d'attention.
Cette population éloignée des soins varie en fonction des caractéristiques socio-économiques de la patientèle du médecin traitant, mais aussi de la littératie en santé des patients.
À ceux qui redoutent la survenue d'une maladie grave et préfèrent éviter de savoir, un accompagnement doit être proposé. Il s'agira, dans une relation de confiance et dans la durée, de mieux connaître leurs représentations et leurs craintes, et de construire avec eux les bases d'un projet de vie en bonne santé.
Cette relation s'inscrit dans une stratégie concertée d'éducation thérapeutique qui peut, selon le cas, s'appuyer sur une infirmière d'équipe type Asalée, un ou une infirmière de pratique avancée, une diététicienne ou un espace collectif d'éducation thérapeutique.
Elle doit renforcer l'alliance thérapeutique entre le patient et son équipe de soins, et garantir ainsi un suivi médical durable et de qualité.

---

73 - Guide du parcours de soins Maladie rénale chronique de l'adulte
HAS - Actualisé en septembre 2023
En ligne : **has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf**

Malgré les efforts d'organisation réalisés par les professionnels de soins primaires, des patients continueront à échapper à leurs actions de repérage. Une attention particulière devrait être portée aux populations défavorisées, précaires ou éloignées des soins.
Des actions de promotion du dépistage peuvent contribuer à les sensibiliser (Semaine du Rein). Leurs contacts avec le système de santé sont aussi l'occasion de bénéficier d'un dépistage improvisé. Il conviendra alors de les inciter à une prise en soin régulière auprès d'un médecin traitant et de son équipe.

Si la situation du patient évolue et qu'il atteint un stade avancé de sa maladie rénale (III B) une coopération plus active fait intervenir le néphrologue en alternance avec le médecin traitant, en s'appuyant en particulier sur les outils de la télémédecine (télé expertise et télé consultation).

Contribution
sur la santé au travail

Consulter en ligne

Cyril Bègue, médecin généraliste, Angers

Selon les modèles des déterminants de santé tels que celui de Dahlgren et Whitehead, la santé n'est pas déterminée uniquement par des déterminants biomédicaux, mais par différents facteurs socio-environnementaux parmi lesquels le travail occupe une place importante.

Comment appréhender l'impact du travail sur la santé ? Quelle est la place de la santé au travail dans la pratique du médecin généraliste ?

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel consulté par les patients présentant une problématique de santé au travail et doit ainsi faire face à de multiples situations et questionnements.
La connaissance du patient et la construction d'une relation singulière ainsi que l'approche globale que lui apporte le suivi lui permettent à priori d'être compétent pour prendre en charge ces problématiques.

Contribution
sur la santé mentale

Consulter en ligne

Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny-sur-Marne

Le médecin généraliste est confronté dans l'ensemble de sa pratique à la question de la relation. Dans environ 30% des consultations cette relation est le principal outil du soin.
25% des consultations de médecine générale sont liés directement à des motifs psychologiques.

À l'heure de la déprescription, de l'écologie et de l'utilité démontrée des interventions non-médicamenteuses dans le soin, une réflexion sur des propositions centrées plus particulièrement sur les troubles psychiques en médecine générale semble primordiale.
Partant du principe que qui peut le plus peut le moins, les compétences acquises dans ce domaine sont utiles à toute la pratique autant qu'à la prévention de l'épuisement professionnel.s.

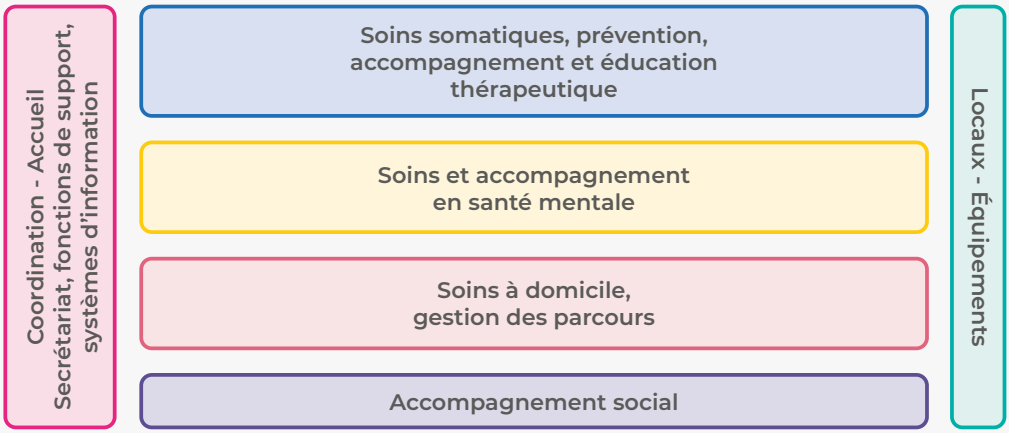
La collaboration professionnelle en action

Trois échelles de coopération interprofessionnelle pour répondre aux besoins de santé de la population

La coopération interprofessionnelle apparaît aujourd'hui indispensable pour garantir des soins de proximité de qualité sur l'ensemble de nos territoires. Cette coopération s'organise en trois niveaux de soins intégrés et coordonnés. Nous nous sommes attachés à les décrire en nous appuyant très largement sur les travaux réalisés par le HCAAM en 2022 .

Cette structuration vise, comme le souligne le HCAAM, à non seulement améliorer la qualité des soins pour chaque patient, mais aussi à « faire réellement, de cette ligne de soins de proximité, le pivot du système de santé.

Figure 9 :
Les six fonctions socles pour les équipes structurées assurant les soins de proximité (schéma issu du rapport du HCAAM de 2022)



Il semble nécessaire de la renforcer pour qu'elle soit capable, beaucoup plus qu'aujourd'hui :

- **de développer des actions de prévention,** primaire, secondaire, tertiaire (éducation thérapeutique), et quaternaire (surmédicalisation)
- **de mettre en œuvre des protocoles partagés** pour assurer aux patients une qualité des soins homogène
- **de prendre en charge des situations complexes,** y compris au domicile
- **de faciliter l'accès aux soins**
  (« aller vers », démarches proactives vis-à-vis des publics vulnérables ou en défaut de soins) dans un universalisme proportionné.
- **de coordonner les parcours des patients** dans la durée

- **d'associer la population** (citoyens, patients, représentants des usagers et des assurés sociaux)
- **de s'engager dans des démarches d'évaluation des pratiques,** pour l'ensemble de la patientèle, au-delà du patient individuel
- **d'innover dans l'organisation des soins** en utilisant de manière optimale les compétences de chaque professionnel, avec l'enjeu aujourd'hui notamment de dégager du temps médical
- **de constituer,** pour les acteurs du territoire et en particulier les établissements de santé, **un interlocuteur structuré,** avec lequel il est possible de se coordonner et de contractualiser sur des actions communes, notamment organiser les admissions directes dans les établissements de santé sans passer par les urgences, les sorties d'hospitalisation… »

Répondre aux besoins de santé de la patientèle des médecins traitants.

Offrir à la patientèle des médecins traitants une réponse adaptée à ses besoins de santé implique des fonctions support indispensables au suivi d'une patientèle dans la durée.
Il s'agit en effet d'assurer l'accès et la continuité des soins, le suivi des patients atteints d'affections de longue durée (ALD) ou multimorbides, une prévention secondaire et tertiaire en temps et en heure, le soutien social et la médiation sanitaire indispensables à un suivi médical de qualité.

Dans cet esprit, après avoir observé les organisations nouvelles qui se mettent en place, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) décrivait en 2022 :

« Un premier niveau d'équipe constitué de médecins généralistes (ils partagent le même système d'information, peuvent se remplacer et ont accès aux dossiers de leurs patients), assistants médicaux et infirmiers collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune »

« … Il faut donc diffuser plus largement ce que l'on peut appeler un premier niveau d'équipe, équipe de médecins traitants, infirmiers et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune, nécessitant d'être développé et consolidé, pour proposer des services aujourd'hui insuffisamment développés en ambulatoire tels que la prévention, l'éducation thérapeutique, et répondre avec un nombre moindre de médecins généralistes à la demande croissante des patients.

Ceci suppose :
- **d'accélérer le développement des assistants médicaux administratifs.**
  Ce nouveau métier permet, l'expérience des 3 000 premiers contrats le confirme, de faciliter l'exercice du médecin et d'optimiser le temps médical, en prenant en charge des tâches administratives, de gestion du dossier du patient, de préparation de la consultation, d'organisation…

- **de renforcer et diversifier les rôles infirmiers, en s'appuyant sur l'expérience des infirmiers Asalée et des IPAs.**
  Pour les infirmières, l'exercice conjoint avec le médecin correspond essentiellement à des missions nouvelles par rapport à celles qu'exercent les infirmières aujourd'hui et constitue un élargissement de la palette des activités infirmières en ambulatoire : participation à la consultation au cabinet, éducation thérapeutique, suivi et coordination du parcours du patient (notamment lien avec l'hôpital pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation), prévention, analyse des dossiers patients pour repérer les écarts aux soins recommandés, pour évaluer la qualité des soins, etc.
  Selon l'organisation choisie par l'équipe et les compétences disponibles, elle peut inclure une intervention en première ligne et une gestion complète de certaines situations. »

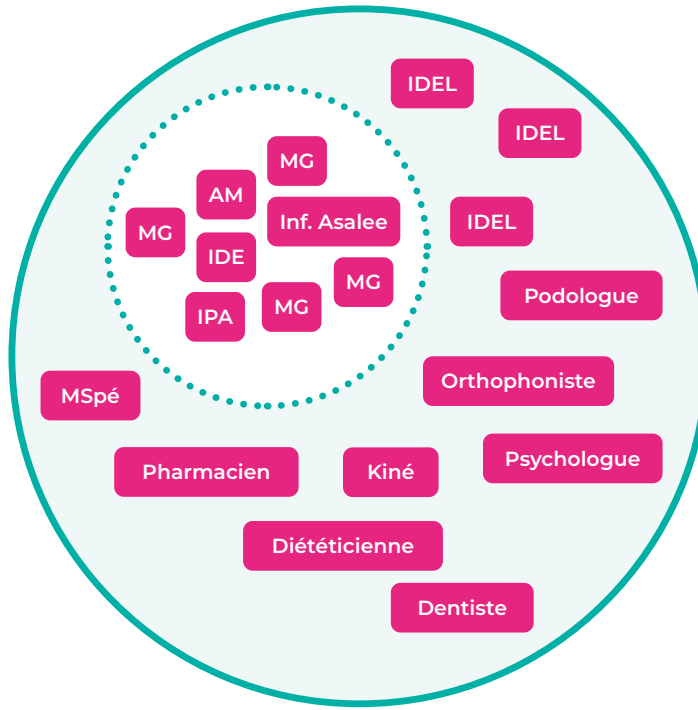
La figure ci-dessous) permet de visualiser une cible d'organisation pour les équipes structurées permettant d'assurer une large gamme de service, avec :

- **le premier niveau d'équipe** constitué de médecins généralistes (ils partagent le même système d'information, peuvent se remplacer et ont accès aux dossiers de leurs patients), assistants médicaux et infirmiers collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune (...)

- **au sein d'une équipe** comprenant l'éventail des professions que l'on trouve aujourd'hui dans les structures d'exercice coordonné (bien sûr toutes les professions mentionnées ici ne sont pas forcément présentes dans toutes les équipes, il ne s'agit que d'un exemple).

Figure 10 :
Schéma d'une équipe structurée
tiré du rapport du HCAAM de 2022.

IDE : infirmière displômée d'État
IDEL : infirmière libérale
AM : assistant médical
MG : médecin généraliste
MSpé : médecin spécialiste



Ce premier niveau se développe depuis plusieurs années au sein de structures d'exercice coordonnées comme les centres et maisons de santé mais aussi dans les cabinets de groupe intégrant ces nouveaux métiers.

Nous proposons d'illustrer la construction de ce premier niveau d'équipe par l'exemple d'une équipe vendéenne.

Une équipe pour mieux soigner la patientèle des médecins traitants : le témoignage d'un médecin généraliste vendéen.

Installé depuis vingt ans, l'évolution de ma spécialité, la médecine générale, m'a conduit à faire évoluer mon environnement professionnel.
Nous étions un cabinet de 4 médecins généralistes avec un équivalent temps plein et demi de secrétaire médicale.

Aujourd'hui nous sommes toujours 4 médecins, mais avec eux, une interne SASPAS, une jeune collaboratrice (ancienne interne SASPAS du cabinet), deux assistantes médicales, deux secrétaires médicales à temps plein, une IPA en santé mentale constituent notre unité médicale de proximité.
Sans oublier la collaboration avec toute l'équipe de soins primaires, d'abord en ESP CLAP, puis en MSP multisites.

2012 Accueil d'un interne en médecine générale SASPAS.
(en situation d'autonomie supervisée)

2014 - Arrivée d'une infirmière Asalée.
Pour nos patients souffrant de pathologies chroniques.
Elle nous aide pour le suivi annuel des patients diabétiques, le dépistage des cancers, l'accompagnement au sevrage tabagique, l'éducation en santé des patients, les campagnes de prévention.
Elle crée aussi des affiches et des événements, un groupe de marche pour des personnes qui, sans elle, ne seraient pas allés vers le sport santé.

2017 Création d'une équipe de soins primaires CLAP pour améliorer les échanges avec les autres professionnels de santé primaire.

2018 Arrivée d'une assistante médicale.
La deuxième arrivera l'année suivante.
L'augmentation des demandes de consultations de suivi et de soins aigus, et la place croissante de l'informatique en médecine, nous ont conduit à innover en expérimentant un poste d'assistante médicale.
Présente pour chaque patient avant et/ou après chaque consultation, elle renseigne une partie du dossier, tient à jour son dossier prévention même si le patient vient pour une cause aiguë, renseigne les motifs de consultation, prend la carte Vitale et prépare les documents nécessaires à la consultation (biologie, courriers de confrères à ranger, etc.).
Si besoin, elle signale au médecin les éventuels rappels de vaccin, réalise une bandelette urinaire, un test de souffle, etc.
En cas d'urgence, elle peut préparer un set à suture ou enregistrer un ECG.
En lien avec les délégués informatiques ou avec l'assistance du logiciel de gestion du cabinet, elle résout aussi les bugs quotidiens.

2023 Fusion de deux équipes de soins primaires CLAP voisines qui deviennent une MSP multisite.

2024 Accueil d'une IPA Santé mentale qui accompagne les patients dépressifs ou atteints d'une pathologie psychiatrique stabilisée, ou de troubles du sommeil, en l'absence de psychiatre sur le territoire et de médecin traitant ayant du temps disponible. L'IPA Santé mentale peut suivre le patient et prescrire.

2024 Une ancienne interne intègre la MSP en tant que collaboratrice.

2025 Une IPA pathologies chroniques stabilisées est en formation pour intégrer l'équipe en septembre. Elle permettra le suivi de patients, libérant des créneaux pour les médecins.

Grâce à cette unité de proximité, 9 000 patients sont suivis dans un cabinet de 4 médecins traitants. Nous proposons la médecine générale de suivi, mais aussi de soins non programmés. Au cabinet, le dépistage des apnées du sommeil, la dermoscopie, les infiltrations articulaires, la télé expertise avec les spécialistes libéraux et hospitaliers du territoire.

Nos projets

Prévoyant le départ en retraite de nos collègues, nous accueillerons un docteur junior en 2026 et une deuxième IPA formée aux pathologies chroniques stabilisées.
Nous nous formons à l'échographie pour améliorer nos diagnostics de soins primaires et faciliter l'accès à cette technique, difficile en l'absence de radiologues en proximité.
Au total, une unité médicale du 21ème siècle offrant à la population une prise en soin dans toutes ses dimensions.

Prise en soins des patients en équipe dans un territoire.

Autour de ce premier cercle, la prise en soins des patients peut impliquer une équipe plus large, soit au sein de structures d'exercice coordonné soit sans nécessairement partager le même lieu d'exercice ou les mêmes outils de travail, selon les besoins propres à chaque patient.
Ces actions de coordination se déterminent autour du patient, près de son lieu de résidence, avec les acteurs de proximité de son territoire : médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens, kinésithérapeutes ou orthophonistes...

Aujourd'hui, le patient est libre de constituer l'équipe de soins qui le prend en charge. Dans la mesure du possible, les professionnels de santé du territoire se connaissent, échangent entre eux grâce à des outils de communications sécurisés, participent ensemble à des réunions de concertation pluri professionnelles et à des actions de formation continue, partagent des protocoles de soins et des actions collectives de prévention.

L'accès organisé au second recours et à l'hôpital : un levier majeur pour faciliter le parcours de soins des patients et la prise en charge des pathologies complexes

Patients et médecins généralistes sont confrontés à de grandes difficultés pour accéder rapidement et sans efforts aux avis spécialisés, aux examens complémentaires et à une hospitalisation au bon moment et au bon endroit. Qualité et pertinence des soins sont difficiles à maintenir quand ils doivent consacrer beaucoup de temps à la prise de rendez-vous. Voilà pourquoi une régulation efficace du système de soins doit permettre une équité dans l'accès aux soins, assurer une prise en charge rapide quand elle est nécessaire et, finalement, garantir la soutenabilité du système de santé.
Les outils de coordination déployés par les CPTS peuvent y contribuer.
Certaines CPTS ont mis en place des outils (OSNP[74], téléexpertise) permettant d'accéder rapidement à l'imagerie médicale, aux soins d'orthophonie et aux équipes de soins spécialisées. Ces mêmes outils peuvent demain faciliter le retour à domicile des patients après une hospitalisation.

La coordination des parcours de soins est inscrite dans les missions des CPTS. Elle allège la charge de travail des professionnels et la prise en soin des patients, elle améliore le bon usage et la qualité des soins. Elle est possible en confortant les CPTS dans leurs missions, grâce à la couverture de tout le territoire national.

Pour les hôpitaux c'est la garantie de parcours de santé mieux organisés ; pour les patients celle d'un accès plus rapide aux services de santé par la régulation du SAS.

73 - **OSNP :** opérateurs de soins non programmés, déployés notamment dans les branches ambulatoires du Service d'Accès aux Soins

Ces différents échelons de collaboration interprofessionnelle participent à construire les conditions d'une meilleure offre de prévention, dans ses différentes dimensions.

Références

- **La médecine générale et ses enjeux dans les soins de premier recours.**
  Aubry, C. Paris : Éditions Médicales - 2019

- **Les défis de la santé publique en France.**
  Berthelot, J. - Paris : Presses Universitaires de France - 2021

- **The French ecology of medical care. A nationwide population-based cross sectional study.**
  Laporte, C. et coll - Fam Pract. - 41(2):92-98 - Apr. 15 - 2024

- **CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients**.
  Ministère de la santé et des solidarités - 2024
  En ligne : **sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients**

Contribution
sur l'échographie clinique ciblée

Consulter en ligne

Isabelle Cibois-Honnorat, médecin généraliste, Mirabeau

L'échographie a été développée par des cliniciens dans les années 50. Au cours des deux dernières décennies, de plus en plus de soignants l'utilisent au quotidien pour leurs patients.

De nombreux spécialistes, tels que les urgentistes, les internistes, les gastroentérologues, les endocrinologues, les gynécologues, les cardiologues, les angiologues, les rhumatologues ou les urologues s'en servent en routine.
Les médecins des soins primaires, en première ligne face aux pathologies des patients, devraient pouvoir posséder un arsenal d'outils leur permettant de faire un tri efficace pour adresser éventuellement en second recours de manière efficiente.
Quelle est la place de l'échographie en médecine générale actuellement ?
Et quelle place doit-elle prendre pour l'avenir ?

Contributions
sur l'intelligence artificielle

Consulter en ligne

Jacques Lucas, ancien premier vice-président
et délégué général au numérique du Conseil national
de l'ordre des médecins, ancien président de l'Agence
du Numérique en Santé.

Robert Picard, délégué général, Filière Santé Numérique.

Nous sommes entrés depuis un bon quart de siècle dans l'ère de numérique et des usages d'internet. Cela succède dans le cours de l'histoire de l'humanité à la tradition orale puis écrite dans la transmission des savoirs tant dans notre environnement de travail que dans nos relations privées.

Si l'informatique a rapidement bouleversé en profondeur nos habitudes de vie, de nos modes de travail et de communication, voilà que le traitement des données recueilles par l'informatisation a permis l'émergence de l'intelligence artificielle.
Celle-ci s'annonce comme une révolution de tous les métiers dont les contours et les contenus vont radicalement changer. Bien sûr, cela entraine des craintes sur nos devenirs et, par suite, des résistances au changement des habitudes que nous avions. On peut tenter de se rassurer en estimant qu'il est encore difficile d'évaluer quels changements l'intelligence artificielle apportera.
En tous cas on observe que les moyens de l'intelligence artificielle avancent à marche rapide dans tous les secteurs de l'activité humaine.

Le monde de la santé n'y échappe évidemment pas.

Rôles et compétences des médecins généralistes **selon les référentiels du CNGE et de la WONCA Europe**

Figure 11 :
Compétences du médecin généraliste
CNGE 2009

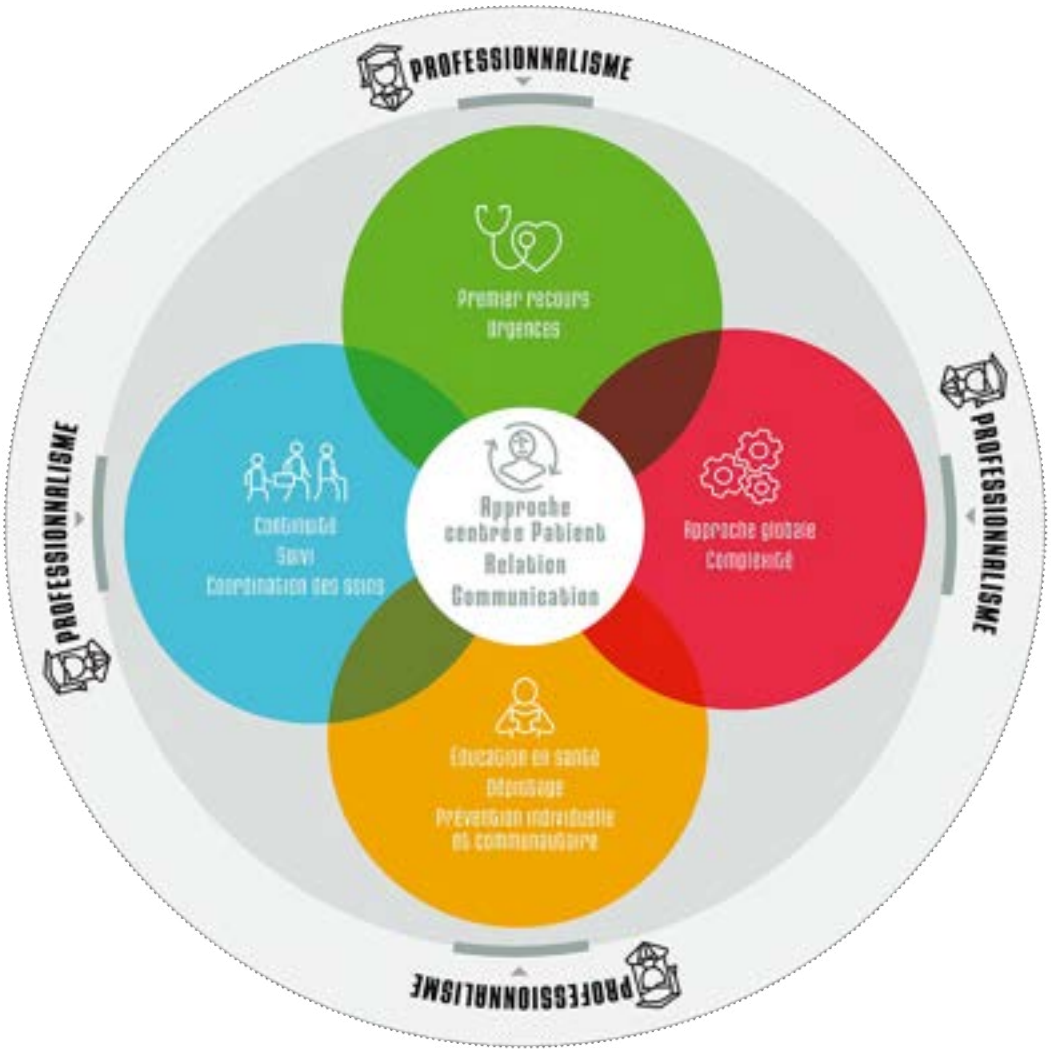
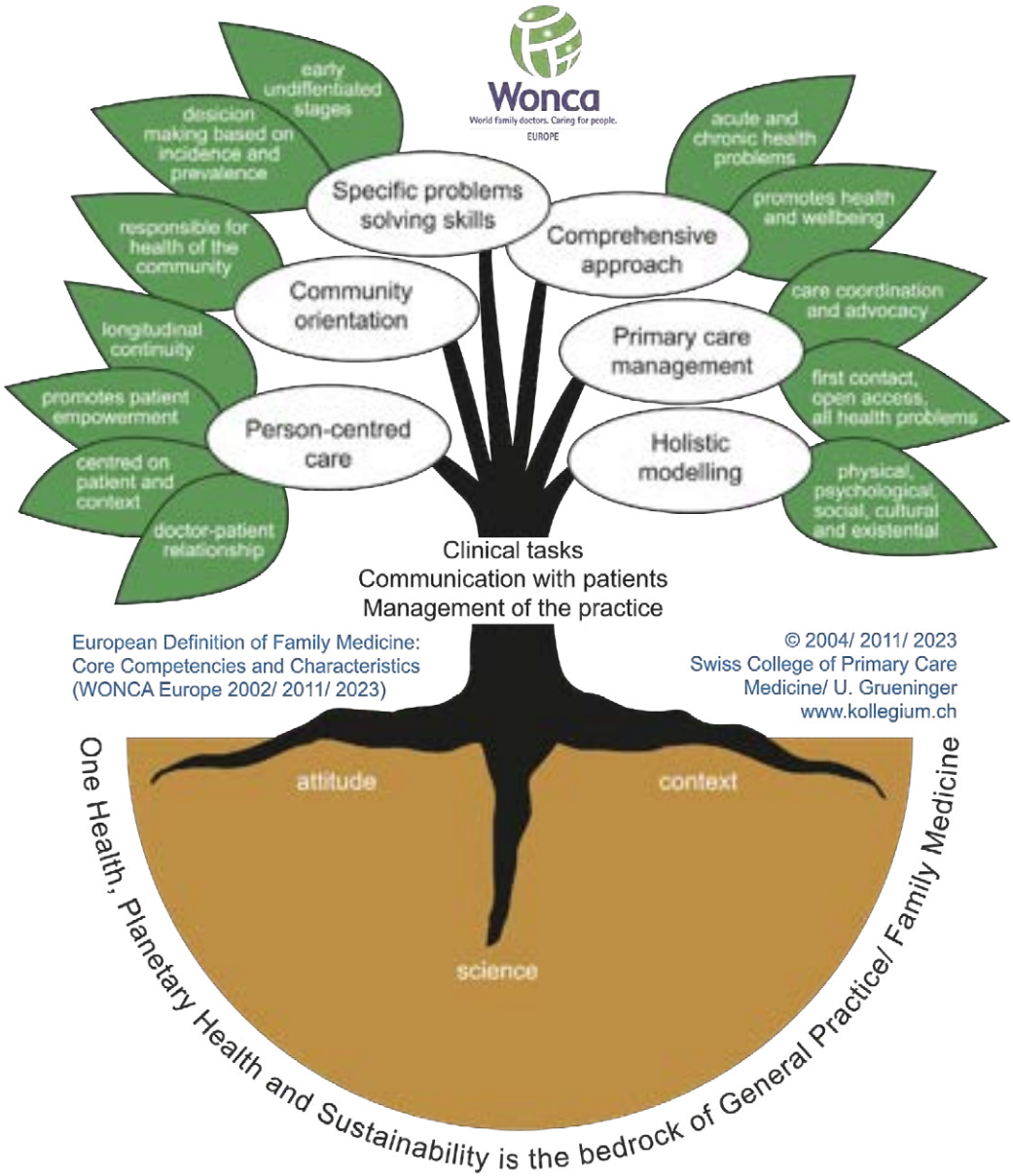


Figure 12 :
Définition de la médecine générale
Wonca Europe, 2023



Les structures membres du CMG

Adesa
Accompagner Autrement

13 rue Fernand Léger
75020 PARIS
adesa.asso.fr

AFMG

32 Rue des Plantes
75014 Paris
afmg.wildapricot.org

A.F.M.L.
Association pour la Formation des MÉDECINS LIBÉRAUX

22 rue Vaugelas
75015 PARIS
lafml.org

CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

155 rue de Charonne
75011 Paris
cnge.fr

FAYR-GP

286, rue Vendôme
69003 Lyon
fayrgp.org

FFGQ
Fédération Française des Groupes Qualité

25 rue Saint Hélier
35000 Rennes
federation.groupes-qualite.org

fmc ActioN

3, rue La Fayette
67100 Strasbourg
fmcaction.org

IJFR
Institut Jean-François Roy

4 avenue Richerand
75010 Paris
ijfr.fr

LES GÉNÉRALISTES
csmf

79, rue de Tocqueville
75017 Paris
lesgeneralistes-csmf.fr

Médecins de Montagne
Association créée en 1953

256 Rue de la République,
73000 Chambéry
mdem.org

MG FORM
La formation en continu

13 rue Fernand Léger
75020 Paris
mgform.org

MG FRANCE
Le syndicat des Médecins Généralistes

13 rue Fernand Léger
75020 Paris
mgfrance.org

ReAGJIR

6 place Tristan Bernard
75017 Paris
reagjir.org

SFDRMG

43 avenue Émile Cossonneau
93160 Noisy le Grand
sfdrmg.org

SFMG
le plaisir de comprendre

141, avenue de Verdun
92130 Issy Les Moulineaux
sfmg.fr

SFTG
FORMATION | RECHERCHE

233 bis rue de Tolbiac
75013 Paris
sftg.eu

SML
SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Immeuble Point Sud
40 Rue Gabriel Crié
92240 Malakoff
lesml.org

Société Médicale
Balint

10 route de Thionville
Zone Varimont
57140 Woippy
balint-smb-france.org

SOS MÉDECINS
FRANCE

87 Boulevard De Port Royal
75013 Paris
sosmedecins-france.fr

FMF-Gé

15/17 rue Scribe
75009 Paris
fmfpro.org/fmf-ge

Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé
USMCS

4 avenue Richerand
75010 Paris
lescentresdesante.com

Profession
médecine générale

Référentiel professionnel de la médecine générale

Mars 2025

Accès à la **version numérique** du document

Accès à la **synthèse du référentiel**

collège de la médecine générale

6 place Tristan Bernard - 75017 PARIS
+33 (1) 47 45 13 55 - **contact@cmg.fr**

cmg.fr