

Constats sur l'organisation des soins primaires en France

French healthcare system organisation: review

Thomas Cartier^{1,2}, Alain Mercier^{3,9}, Nathalie de Pourville⁴, Caroline Huas^{5,9}, Yannick Ruelle^{6,9}, Yves Zerbib^{7,9}, Yann Bourgueil², Vincent Renard^{8,9}

exercer 2012;101:65-71.

thomas.cartier@free.fr

French healthcare system is currently evolving to address new issues about quality and costs of care. In the same time, general practice experiences an increased attention from national institutions. This document depicts the analysis of primary care organization in France by an expert group gathered below the aegis of the French National College of Teachers in General Practice. Based on a literature review, it presents the acknowledged definitions for primary care and general practice in the world and in France. In a second part, it displays their missions and tackles the issue about their efficiency for the healthcare system. At last, it describes the on going initiatives in this field of care in France.

1. Département de médecine générale, UFR Paris Denis-Diderot
2. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Paris
3. Département de médecine générale, UFR Rouen
4. Département de médecine générale, UFR Lille
5. Département de médecine générale, UFR Tours
6. Département de médecine générale, UFR Poitiers
7. Département de médecine générale, UFR Lyon
8. Département de médecine générale, UFR Paris Est Créteil
9. Collège national des généralistes enseignants, Collège académique

Mots-clés	Key words
Qualité des soins	Health services research
Système de soins	Health policy
Soins primaires	Primary care
Efficience	Efficiency
Médecine générale	General practice

Déclarations des liens d'intérêt. Tous les auteurs de cet article sont des acteurs professionnels et/ou institutionnels, et également, à titre individuel, des bénéficiaires du système de soins.

Introduction et objectifs

La santé, son financement et la qualité des soins sont des préoccupations majeures des Français qui expriment leurs incertitudes sur le devenir du système de santé¹. Ce domaine est l'un des derniers pour lesquels ils seraient prêts à réduire leurs dépenses².

Ce sujet est au carrefour des intérêts de nombreux acteurs : les patients, pour lesquels la prévalence des maladies chroniques augmente, les médecins, qui veulent améliorer leurs conditions de travail, et les institutions, garantes de l'intérêt général qui cherchent à améliorer l'accès aux soins en maîtrisant les dépenses. Au moins jusqu'en 2020, la décroissance de la démographie médicale compromet l'offre de soins en France, particulièrement pour l'exercice ambulatoire³. L'organisation du système de santé prend donc une importance considérable, notamment en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins prodigués. L'efficience est « le résultat d'une activité médicale (thérapeutique ou préventive), d'une intervention épidémiologique ou d'un programme sanitaire, évalué par

rapport aux moyens utilisés (argent, ressources, temps) pour leur obtention »⁴.

Le système de santé doit être conçu au service de la collectivité et des individus, et doit engager une charge financière supportable par l'effort national. La réflexion à court et moyen terme doit donc être opérationnelle et pragmatique.

L'augmentation du nombre de médecins en formation, la volonté affichée par les politiques publiques de reconnaître et de structurer les soins de premier recours donnent au Collège national des généralistes enseignants (CNGE) une place particulière. La mission des enseignants de médecine générale est de former des professionnels compétents, aptes à exercer leur métier en ambulatoire. La naissance récente de la filière universitaire confère aux enseignants une responsabilité considérable : structuration de la pédagogie et engagement vers la certification des compétences⁵, développement de la recherche clinique pour améliorer les pratiques⁶, transmission des valeurs et de l'éthique professionnelles.

L'enseignement de la médecine générale doit concilier la définition internationale

de la discipline et les missions des jeunes professionnels. Le raisonnement fondé sur des partages institutionnels entre le monde hospitalier et extrahospitalier, les établissements publics et privés de santé, aux intérêts économiques divergents, doit être dépassé. La réflexion doit intégrer les compétences des professionnels, les possibilités offertes par leur formation et leurs pratiques. Elle doit être cohérente et approfondie, du fait des moyens importants déjà consacrés par l'État à la formation des professionnels de santé et notamment des médecins. La création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale⁷ et la construction des compétences requises pour valider la formation au regard des référentiels⁵ témoignent de cette évolution. Ceci contraste avec la place dévolue aux médecins généralistes dans le système de santé qui n'a jamais entériné leur rôle de premier recours et de coordination. Cette place résulte de négociations entre l'État, l'Assurance-maladie et les représentants désignés des médecins. Elle est la résultante d'arbitrages entre contraintes financières et représentations socio-

culturelles des différents métiers de la santé. Ce constat va de pair avec l'aggravation des inégalités d'accès aux soins, les difficultés de coordination des soins dans les situations médicosociales complexes, et les difficultés de mise en œuvre des actions de prévention, dont le médecin traitant est le responsable désigné⁸ depuis 2005. La tendance actuelle, préconisée par l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est de recentrer le système de santé sur les soins primaires, garant d'un meilleur accès aux soins et d'une plus grande efficacité⁹. Cependant, en 2008, les soins primaires n'étaient pas cités directement dans le plan santé de la Présidence de la République¹⁰. De fait, la formule du « *médecin généraliste pivot du système de soins* » reste incantatoire et abstraite. Le premier enjeu politique est de s'interroger sur la notion de « soins primaires ». Quels en sont les contours et dans quelle mesure apportent-ils performance, équité et efficacité ? Quelle est la place de la médecine générale au sein des soins primaires ? Le second enjeu est de s'interroger sur l'avenir. De nouvelles organisations des soins primaires apparaissent au sein du système français, mais elles sont

peu structurées et peu évaluées. À partir des données actualisées sur le rôle des soins primaires, quels projets proposer à la population, aux institutions et aux professionnels ?

Deux articles feront des propositions de réponse. Le premier définit les apports potentiels économiques et d'efficacité des soins primaires. Le second énoncera une série de propositions opérationnelles intéressant la structuration des soins primaires en France.

Méthode

Le groupe de travail, constitué de sept généralistes en exercice, et d'un médecin de santé publique, s'est appuyé sur des données issues d'une revue de la littérature.

Une revue narrative non systématique a permis l'extraction d'articles indexés, de textes de loi et de la littérature grise (rapports). Les mots clés MesH utilisés étaient les suivants : « *Physician's role, Family practice, Primary care, Health care costs, Patient satisfaction, Delivery of health care, Continuity of patient care, Population surveillance, Quality of life, Cost-benefit analysis, Organizational*

innovation ». Après une lecture indépendante, les sources ont été résumées et mises en commun. Au cours d'un débat collectif, une analyse des discordances et des points communs de ces différentes sources a été effectuée. Ce thème de recherche étant peu développé en France, la majorité des sources était de langue anglaise et concernait des systèmes de santé dont l'organisation est plus ou moins proche de celle de la France. Cette approche internationale est riche en enseignements dans une logique de comparaison d'efficacité des systèmes de soins. Il n'est cependant pas possible d'appliquer en bloc au cas français les recommandations reconnues comme pertinentes pour d'autres systèmes. L'analyse des sources a donc été faite dans le cadre global de la protection sociale française, telle que définie par les ordonnances de la Sécurité sociale de 1945 et de ses évolutions réglementaires et légales.

Résultats et discussion

La recherche documentaire a répertorié 67 publications, dont 38 ont été retenues et réparties entre les auteurs. La présence d'un grand nombre de documents de synthèse a permis d'écartier 29 références initialement retenues. À titre d'exemple, le seul document de l'OMS de 2008¹¹ comporte plus de 500 références.

Définition des soins primaires

Les soins de santé primaires « *sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette [aux peuples du monde] de mener une vie socialement et économiquement productive* »¹². Les soins de santé primaires ont pour caractéristique d'être « *scientifiquement valables et socialement acceptables et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail* »¹². Cette conception a l'ambition d'être universelle, applicable à l'ensemble des pays dans une idée générale de justice sociale



© denis_pc - Fotolia.com

et ne fait donc pas de différence selon les stades de développement des États. En ce sens, cette définition met au cœur de sa problématique les problèmes environnementaux et invite l'ensemble de la société à s'en saisir. Dans la littérature de langue anglaise, cette approche est généralement désignée en tant que « *primary health care* ».

En 2008, l'OMS a montré les progrès accomplis en termes d'indicateurs globaux de santé¹¹. Cependant, le rapport soulignait les écarts grandissants et systématisés entre la réalité et le modèle théorique, et identifiait les nouveaux besoins des populations (maladies chroniques, nouvelles formes de prévention, etc.). L'OMS a émis de nouvelles recommandations de développement des politiques publiques afin de lutter contre les dérives des systèmes de santé. Pour les pays industrialisés (dont la France), ces dernières portaient sur les inégalités sociales de santé, les difficultés d'accès aux soins pour les populations défavorisées, l'absence de rationalisation de la dépense publique, le glissement vers la sphère marchande, la spécialisation excessive des prestataires de soins, le manque de collaboration dans l'offre de soins et la prise en compte insuffisante des besoins des usagers. Dans ces pays, les soins primaires désignaient la dimension individuelle et collective du « soin » plutôt que l'acceptation sociale de l'importance de la notion de santé ou de l'amélioration des conditions de vie. Les points communs de toutes les définitions des soins primaires¹³ sont regroupés dans le tableau ci-dessus.

La définition des soins primaires en France est apparue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 sous le titre II « Accès de tous à des soins de qualité »⁸. Elle a repris à son compte les propriétés de globalité et de coordination des prises en charge. Pour la première fois, les soins secondaires étaient définis en négatif par rapport aux soins primaires, appelés « soins de premier recours » par le législateur. Cependant, la définition française des soins de premier recours n'intègre pas les propriétés d'accessibilité et de continuité des soins telles que décrites par l'OMS. Quelques hypothèses explicatives peuvent être formulées :

Premier contact	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité physique, géographique, temporelle et financière. • Aide au patient dans sa trajectoire de soins. • Accueil sans aucune discrimination de tous les âges de la vie, de toutes les conditions de vie et de toutes les populations.
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie d'une absence d'interruption de la prise en charge des patients ou des communautés dans le temps. L'instauration d'une relation de confiance durable entre soignants et patients est un des critères majeurs de la qualité des soins.
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Situation au début de la chaîne médicale de prise en charge, coordination des différents maillons, intersection de la prise en charge individuelle et des programmes collectifs de santé publique.
Globalité de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de l'individu dans sa globalité, sur le plan biologique, psychologique et social. • Pas de focalisation sur un aspect du soin à l'inverse des soins secondaires et tertiaires. • Prise en compte de la dimension communautaire. Proposition d'un large éventail de services de premier recours capables de répondre à la plupart des besoins sanitaires d'une population.

Tableau. Socle commun de la définition des soins primaires d'après Starfield¹².

- En France, l'accessibilité au système de santé est traditionnellement considérée comme garantie. Il n'est pas apparu nécessaire au législateur de mentionner l'accessibilité comme une propriété fondamentale des soins de premier recours. Pourtant, des données récentes¹⁴ tendent à montrer l'augmentation du renoncement aux soins : en 2008, 16,5 % de la population française de 18 à 64 ans ont déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières, dont 1,33 % pour les actes de médecine générale, 2,30 % pour les actes de médecine spécialisée.
- Continuité et prise en charge globale sont historiquement dissociées dans le système de santé français. Lorsqu'un professionnel du soin secondaire suit un patient dans le cadre d'une pathologie rare ou pour laquelle il s'estime légitime, il revendique implicitement une fonction de continuité sans forcément envisager une prise en charge globale. En 2005, l'instauration conventionnelle du médecin traitant et du moindre remboursement en cas de non-respect du parcours de soins a introduit une forme de pénalisation financière en cas d'accès direct aux soins secondaires^{15,16}. Toutefois, le médecin traitant désigné par le patient n'est pas obligatoirement un médecin de soins primaires. Cette ambiguïté n'a pas été levée par l'article 36 de la loi HPST⁸. Celle-ci cite les soins de premier recours et la prise en charge continue des patients, mais ne définit

pas précisément les professionnels qui en sont chargés.

La loi HPST ne permet donc pas de lier clairement soins primaires et premier recours. Elle incarne la difficulté à faire évoluer un système professionnel non hiérarchisé vers un système hiérarchisé¹⁷ dont les acteurs perçoivent la nécessité.

Définition de la médecine générale

La WONCA propose une définition positive de la médecine générale, située au cœur des soins primaires¹⁸. Elle inclut l'ensemble des propriétés des soins primaires au niveau d'un praticien ou d'une équipe coordonnée par un médecin généraliste. La médecine générale (ou de famille) est une profession dont la dimension académique est fondamentale. Son contenu, ses niveaux de preuve et sa recherche ont des spécificités :

- une démarche décisionnelle tenant compte des données de la science, de l'environnement et du contexte, des préférences et comportements du patient, et basée sur des données de prévalence, tout en assurant la sécurité du patient ;
- une responsabilité communautaire ;
- une relation basée sur un niveau élevé de communication, tenant compte de l'environnement psychosocial, culturel et existentiel du patient.

En créant les centres hospitaliers universitaires, la réforme Debré de 1958 a été

structurante pour la médecine. L'excellence académique acquise par les spécialités d'organes a exclu la médecine générale du fait de son exercice uniquement ambulatoire. Définie en négatif, cette dernière a pris en charge les pathologies ne nécessitant pas de plateau technique : maladies bénignes aiguës, accompagnement du vieillissement, missions sociales, prise en charge psychologique, etc. La revendication d'une reconnaissance académique, la création des départements universitaires de médecine générale et l'instauration du résidanat ont débuté dans les années 1980. En 2004, la suppression de l'ancien concours de l'internat et la création du DES de médecine générale avec l'acquisition du titre de « spécialiste » ont permis l'intégration universitaire de la discipline⁷. Ce mouvement a constitué un puissant moyen de promotion du rôle des médecins généralistes dans le système de santé reposant notamment sur les leviers suivants :

- acceptation progressive d'un rôle dévolu au médecin généraliste dans le champ conventionnel : médecin référent¹⁹ en 1998, médecin traitant¹⁵ en 2005 ;
- textes officiels : loi sur l'Assurance-maladie¹⁶ de 2004, conventions médicales de 1998¹⁹ et 2005¹⁵, loi relative aux enseignants de médecine générale²⁰ de février 2008, loi HPST⁸ en juillet 2009 ;
- développement des ressources humaines de la médecine générale universitaire : augmentation du nombre de postes d'internes, création de la filière universitaire ;
- structuration d'une recherche clinique en médecine générale.

D'autres spécialités médicales pourraient revendiquer une légitimité dans le premier recours sans relever des soins primaires et de ses missions. L'évolution des textes législatifs et conventionnels a entériné cette spécificité pour certains spécialistes

comme les gynécologues-obstétriciens, psychiatres, ophtalmologistes, pédiatres ou stomatologues et dentistes, alors que leur accessibilité géographique ou financière est problématique. D'autres spécialités se réclament du premier recours pour des motifs plus économiques que structurels. C'est tout l'enjeu du contournement du dispositif conventionnel du médecin traitant qui reste possible en l'absence de choix clair du financeur sur la hiérarchisation du système²¹. Cette ambiguïté est également reflétée par l'absence de tout encadrement d'accès aux urgences hospitalières, alors qu'elles relèvent théoriquement des soins spécialisés.

Les paramédicaux sont à la jonction des soins primaires et secondaires. Ils agissent sur prescription médicale (sauf exception). Le décret de compétences des infirmiers est un document majoritairement technique, ne reprenant pas à son compte les principes des soins primaires²². Néanmoins, il est probable que le développement des soins et services médicosociaux à domicile sera un enjeu dans les prochaines années, car le vieillissement de la population nécessitera un redéploiement de la ressource infirmière vers le secteur ambulatoire (77 % d'entre eux exercent en institution²³).

La prescription de soins paramédicaux par le médecin généraliste contribue à une unité de fonctionnement des soins primaires « autour du médecin généraliste ». Cette unité est en pratique très difficile à concrétiser en raison de l'absence de reconnaissance par le financeur de la fonction de gestion et de coordination des médecins généralistes. Des mesures ponctuelles, traduisant la difficulté du législateur à avoir une vision large et cohérente, semblent davantage satisfaire des revendications catégorielles ou des difficultés démographiques que s'inscrire dans une logique de soins

primaires : renouvellement de prescription de contraception par les infirmiers²⁴, renouvellement et adaptation encadrés de traitements chroniques (contraception orale, hypertension artérielle contrôlée) par le pharmacien²⁵.

Modèles et efficacité des soins primaires : vers de nouvelles missions ?

Au sein des systèmes de santé des pays développés, la place accordée aux soins primaires est très variable. Elle dépend du processus étatique ou assurantiel de construction de la protection sociale, des rôles professionnels établis et des modes de rémunération. En Grande-Bretagne, le rôle primordial des soins primaires a été évoqué en 1920 dans le rapport Dawson²⁶. Celui-ci décrivait un système de soins intégrant une prise en charge globale, un coût soutenable pour la société et un accès universel. Ces principes ont été intégralement repris en 1948 lors de la création du *National Health Service*²⁷. Ce dernier accordait à la médecine générale la responsabilité de la santé individuelle et communautaire et de filtre vers les soins spécialisés, créant de fait une fonction de rationalisation des soins dans un système hiérarchisé.

Aux États-Unis, où le système de soins est financé principalement par les assurances privées, aucune régulation de ce type n'a vu le jour jusqu'aux premiers projets de loi réformant la couverture maladie sous l'administration Obama. Il s'en est suivi un développement très important des spécialités médicales, assurant une médecine de pointe, au sein d'unités hyperspécialisées et productrices d'un volume important de recherche clinique, justifiant de tarifs élevés, au détriment de l'accessibilité financière des soins au plus grand nombre. Ainsi, malgré la part du produit intérieur brut consacrée à la



santé la plus élevée du monde, les indicateurs globaux de santé sont nettement en retrait par rapport aux résultats des pays de développement similaire²⁸.

Ces deux exemples permettent d'aborder la notion d'efficacité des soins primaires. Celle-ci a fait l'objet des travaux de l'équipe de Barbara Starfield²⁹⁻³⁴. Des études dites « écologiques » ont comparé la distribution des professionnels de soins primaires et d'autres indicateurs de développement des soins primaires (*primary care*) sur un territoire, avec des indicateurs de morbidité, de dépenses de santé, de satisfaction des patients ou d'inégalités sociales de santé. Les conclusions de ces travaux sont très favorables aux principes des soins primaires : plus ils sont développés, meilleurs sont les résultats. Par exemple, ces études ont montré que la présence d'un médecin généraliste en plus pour 10 000 habitants réduisait la mortalité de 1,44 unité pour 10 000 sur un territoire donné³⁴. Cependant, bien que statistiquement ajustées sur un certain nombre de facteurs, il n'est pas exclu que ces études soient entachées de biais inhérents aux comparaisons écologiques.

La question des indicateurs des « bons » soins primaires se pose également. Par exemple, il a été récemment suggéré que la fonction de « *gate-keeper* », généralement considérée comme témoin d'un système « fort » de soins primaires, pouvait être à l'origine d'une tendance à la diminution de la survie à un an en cas de cancer³⁵.

En revanche, la littérature montre assez peu de discordances sur les coûts des systèmes de santé basés sur les soins primaires. D'une manière générale, quel que soit le pays, moins le système est contraignant, plus l'hyperspécialisation consomme la ressource, et plus forte est la dépense¹¹. Dans le contexte de diminution de financement des sphères publique et privée, la rationalisation budgétaire des systèmes de santé est souvent retenue comme un argument fort en faveur des soins primaires, au-delà de la possible amélioration de la qualité des soins. L'absence de prise en compte de ce constat dans l'évolution du système en France est la conséquence de freins politiques.

Il coexiste deux enjeux majeurs : la qualité des soins délivrés et la viabilité financière du système de santé solidaire dans un contexte d'évolution de la demande. En effet, la population vieillit, la prévalence des pathologies chroniques augmente, ce qui nécessiterait de privilégier la continuité et la coordination des soins. Si la viabilité financière était remise en cause, les conséquences sur les populations les plus vulnérables seraient probablement majeures.



Panorama des initiatives actuelles des soins primaires en France

L'État et l'Assurance-maladie ont parfois promu la médecine générale, mais jamais sous la forme d'un plan d'orientation vers les soins primaires. Une récente avancée a été obtenue grâce au développement de la spécialité « médecine générale » : création des premiers postes de titulaires universitaires²⁰ et intégration au sein du Conseil national des universités. Le nombre de postes de titulaires est cependant bien inférieur à celui fixé par la loi, traduisant des oppositions de logique au sein même de l'État.

La définition européenne de la médecine générale n'est pas pleinement appliquée en France. Il y a un décalage entre la formation reçue par les futurs professionnels et l'organisation actuelle du système de santé. Cette discordance concerne les missions du médecin généraliste et le niveau de recours aux soins (primaires et secondaires). De ce fait, elle entraîne

une difficulté identitaire pour les médecins généralistes et pourrait être un des facteurs explicatifs de la désaffection des jeunes généralistes à l'égard des conditions d'exercice actuelles³⁶.

Un autre axe de développement est la promotion de missions pluridisciplinaires au sein d'équipes de soins primaires. Deux options sont retenues : la substitution (un type de professionnel en remplace un autre pour la même tâche) et la supplémentation (un type de professionnel ajoute une valence supplémentaire à un soin déjà prodigué par un autre professionnel). Deux initiatives récentes en France vont dans ce sens. La première est inscrite dans la loi HPST. Elle offre la possibilité de créer des protocoles de soins autorisant une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé. La seconde est l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération : financement de structures pluridisciplinaires de premier recours volontaires comme les centres, maisons et pôles de santé³⁷. L'évaluation de cette expérimentation fournira des renseignements précieux sur le bien-fondé de cette attitude.

Enfin, la responsabilité de la médecine générale dans les soins primaires est mise en exergue par deux dispositifs réglementaires et financiers récents. Le premier est le développement de l'organisation du parcours de soins, prôné par la loi de santé publique de 2004 et la convention médicale de 2005. En incitant les patients à s'enregistrer auprès d'un médecin (le plus souvent généraliste), il est désormais possible de relier dans le temps et l'espace un médecin généraliste avec sa patientèle. Ce processus d'inscription facilite la mise en œuvre du deuxième : le paiement à la performance. En mesurant des indicateurs cliniques de qualité des soins, les instances régulatrices introduisent la notion d'amélioration des pratiques hypothétiquement liées à l'amélioration de la santé des patients. Par ailleurs, des indicateurs d'efficacité font porter une partie de la responsabilité de l'équilibre financier du système sur les pratiques des médecins généralistes. Ainsi, alors qu'ils sont rarement organisés pour gérer une problématique de santé publique à un

échelon local (bases de données patients, responsabilités dans les politiques locales de santé, coopérations interprofessionnelles, etc.), le système confie aux médecins généralistes des responsabilités susceptibles de faire évoluer leurs pratiques de manière importante. Pourtant, ces dispositifs ne s'inscrivent pas dans un système hiérarchisé. En effet, l'enregistrement auprès du médecin traitant ne conduit pas à réguler le parcours de soins effectif du patient. De même, le dispositif conventionnel de paiement à la performance est d'abord conçu comme un outil capable de faire évoluer les pratiques individuelles, avec des indicateurs

conçus par le financeur, mais sans lien avec la rationalisation du système. Un exemple est l'indicateur « HbA1c » chez les patients diabétiques de type 2. Cet indicateur ignore les réalités scientifiques récentes³⁸. Il fait endosser par le médecin généraliste la responsabilité de la prise en charge alors qu'il n'est pas le seul prescripteur, et a peu de moyens d'intervenir sur les aspects culturels et sociaux de la maladie, pourtant primordiaux.

Conclusion

Ces initiatives allant dans le sens du développement des soins primaires restent

morcelées. Elles ne s'inscrivent pas dans une logique de transformation profonde du système. Les décisions des politiques publiques sur ce sujet restent « hospitalocentrées » et dépendantes du compromis social de libre choix des patients. Les changements à apporter pour promouvoir les soins primaires en France devront probablement toucher à cet équilibre sensible. Les enjeux sont la pérennité de l'équité, du financement de la santé et de qualité des soins. Les solutions qui pourraient être apportées par la discipline de médecine générale seront détaillées dans un second article.

Résumé

Le système de santé français est actuellement en pleine évolution afin de répondre aux enjeux actuels de qualité et de coût des soins. Parallèlement, la médecine générale connaît un gain accru d'attention de la part des institutions nationales. Ce document reflète l'analyse de l'organisation des soins primaires en France par un groupe d'experts réuni sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants. À partir d'une revue de la littérature, il présente les définitions retenues pour les soins primaires et la médecine générale dans le monde et en France. Dans un deuxième temps, il expose les missions qui leur sont dévolues et aborde la question de leur efficience. Enfin, il dresse le constat des initiatives actuelles dans ce champ du soin en France.

Références

1. TNS Sofres. Baromètre des préoccupations des Français. Paris : octobre 2011.
2. Lévy JD, Desreumaux M, Lancrey-jeval G. Les arbitrages budgétaires envisagés par les Français. Paris : Harris Interactive, 2011.
3. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé 2009;12. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf> (consulté le 01/03/12).
4. Le grand dictionnaire terminologique. Entrée « efficience », domaine « médecine ». Office québécois de la langue française. Disponible sur <http://www.granddictionnaire.com/> (consulté le 01/03/12).
5. Référentiels métier et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2011.
6. Renard V. Recherche en médecine générale : travailler et militer. *exercer* 2011;99(suppl3):835.
7. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. NOR;SANP0423091A. Paris, 2004.
8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR;SASX0822640L. Paris, 2009.
9. Hubert E. Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris, 2010. Disponible sur <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html> (consulté le 01/03/12).
10. Sarkozy N. Discours sur la politique de la santé et la réforme du système de soins, 18 septembre 2008. Présidence de la République. 2008. Disponible sur <http://www.elysee.fr/president/les-dossiers/sante/solidarite/la-sante.8118.html> (consulté le 01/03/12).
11. Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais. 2008. Disponible sur http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf (consulté le 01/03/12).
12. Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978. Disponible sur http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ (consulté le 01/03/12).
13. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
14. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2006. IRDES. 2008. Disponible sur <http://www.irdes.info/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf> (consulté le 01/03/2012).
15. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. NOR;SANS0520354A. Paris, 2005.
16. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. NOR: SANX0400122L. Paris, 2004.
17. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* 2009;141:1-6.
18. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. Disponible sur http://www.woncaeurope.org/Web_documents/European_Definition_of_family_medicine/WONCA_definition_French_version.pdf (consulté le 01/03/2012).
19. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. NOR: MESS9823759A. Paris, 1998.



20. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. NOR: ESRX0711109L. Paris, 2008.
21. Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Questions d'économie de la santé 2008;134:1-8.
22. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. NOR: SANP0422530D. Paris, 2004.
23. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2010. Série Statistiques 2010;144. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/series-tat144-2.pdf> (consulté le 01/03/2012).
24. Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique. NOR: ETSH1132763D. Paris, 2012.
25. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. NOR: ETSH1105776D. Paris, 2011.
26. Future provision of medical services: Lord Dawson on the consultative council's report. *BMJ* 1920;1:800-2.
27. Great Britain Ministry of Health and Department of Health for Scotland. *A National Health Service*. London;1944.
28. OECD. *OECD Health Data 2011 - How Does the United States Compare*. Disponible sur <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> (consulté le 01/03/2012).
29. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health services research* 2003;38:831-65.
30. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly* 2005;83:457-502.
31. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Med* 2003;16:412-22.
32. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:374-80.
33. Starfield, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
34. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med* 2005;61:65-75.
35. Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *BJGP* 2011;61:e508-12.
36. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Série études et recherche 2011;104:86-92. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/jeunes-diplomes-de-medecine-generale-devenir-medecin-generaliste-ou-pas.html> (consulté le 01/03/2012).
37. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009. NOR: BCFX0823210L. Paris, 2008.
38. Pouchain D, Lebeau JP, Berkhout C, Le Reste JY, Moreau A, Wilmart F. Les objectifs préconisés dans la recommandation française sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 sont-ils encore d'actualité ? *exercer* 2010; 94:145-54.