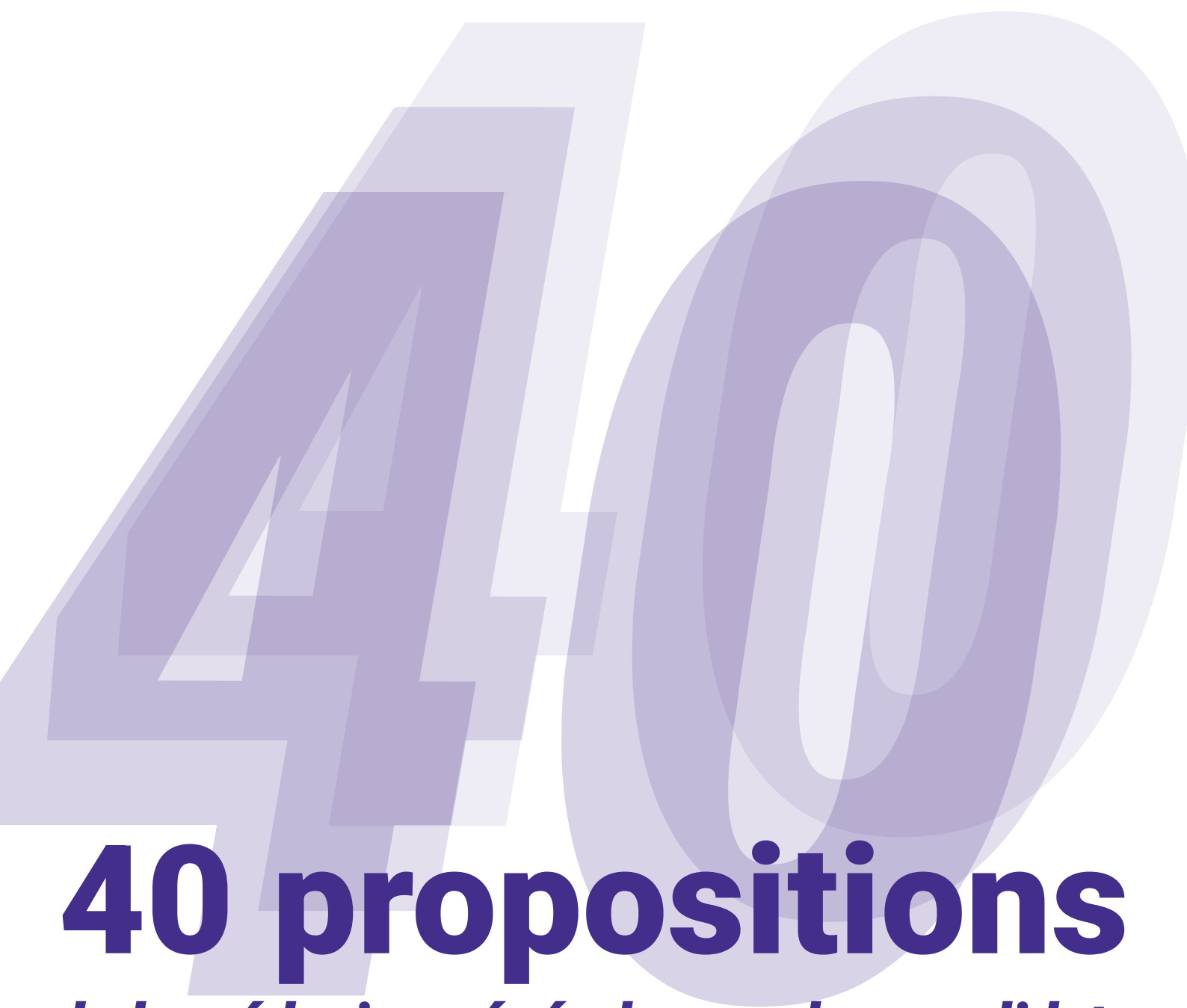




40 propositions

de la médecine générale pour les candidats

40 propositions

de la médecine générale pour les candidats

5 axes pour transformer la médecine générale

Introduction

Sur 100 000 médecins généralistes en activité au 1er janvier 2025 (DREES), moins de 45 000 (CNAM, 2025) assurent réellement le suivi au long cours d'une patientèle. Dans le même temps, six millions de Français n'ont pas de médecin traitant, et le premier recours voit s'implanter des acteurs dont le modèle repose sur la captation de situations simples et rentables, en excluant le suivi des situations complexes.

Notre conviction est que la France ne retrouvera ni accès effectif aux soins, ni prévention efficace, ni maîtrise soutenable de ses dépenses de santé sans une médecine générale traitante forte et indépendante au sein de soins primaires organisés.

Trois chantiers prioritaires pour les cent premiers jours

- Identifier sur le plan conventionnel le médecin généraliste traitant
- Lancer un plan d'assainissement de l'offre de soins primaires face à la financiarisation et aux plateformes financiarisées
- Ouvrir une offre publique d'assurance complémentaire santé, facultative.

Le tout inscrit dans une loi de programmation en santé quinquennale qui donnera enfin de la lisibilité aux professionnels, aux tutelles comme aux citoyens.

Plan des propositions

01- Connaître et soutenir la médecine générale

Propositions 01 -> 11

Nommer l'exercice du médecin traitant, le rémunérer à sa complexité réelle, élargir son champ clinique, préserver et former ceux qui soignent.

02- Protéger l'indépendance du soin

Propositions 12 -> 24

Contrer la financiarisation des soins, garantir la souveraineté des données, encadrer l'irruption de l'intelligence artificielle.

03- Développer des soins primaires organisés

Propositions 25 -> 31

Une équipe autour de chaque médecin traitant, un système gradué qui relie ville et hôpital, un financement soutenable et protecteur.

04- Prévenir et soigner dans la durée

Propositions 32 -> 37

Le médecin traitant pilote de la prévention ; agir sur les grands déterminants : santé mentale, cardiovasculaire, cancers.

05- Santé planétaire et soins primaires

Propositions 38 -> 40

Le cabinet comme vigie environnementale, un soin plus sobre, une première ligne préparée aux chocs climatiques et sanitaires.

3 PROPOSITIONS CARDINALES

01 · 12 · 30

Elles conditionnent l'efficacité de toutes les autres. Elles sont signalées et encadrées dans le texte.

01 - Connaître et soutenir la médecine générale

Propositions 01 -> 11

Nommer l'exercice du médecin traitant, le rémunérer à sa complexité réelle, élargir son champ clinique, préserver et former ceux qui soignent.

Nommer et piloter l'exercice

PROPOSITION CARDINALE

1. Identification conventionnelle du médecin généraliste traitant

CONVENTION · LOI DE PROGRAMMATION

On ne pilote pas ce qu'on ne sait pas nommer. Traiter à l'identique 100 000 praticiens dont les exercices n'ont rien de comparable est un non-sens : ni le pilotage démographique, ni les incitations financières, ni les leviers d'installation ne peuvent être efficaces. Cette identification précise ne crée aucune sous-filière universitaire, n'exige aucun diplôme nouveau et n'enferme personne dans une carrière

- Permettre l'identification conventionnelle appuyée sur une commande de données à la DREES pour objectiver enfin l'activité réelle de la médecine générale traitante
- Rapporter le seuil d'activité (base de calcul de la CNAM pour les aides et forfaits) à la patientèle suivie et au temps qui lui est consacré, non au seul volume d'actes
- Inscrire la médecine de suivi comme une priorité en matière de qualité et d'efficacité du système de santé dans une loi de programmation en santé quinquennale
- Décrire et identifier en parallèle les autres activités de médecine générale

2. Soutenir l'installation en médecine générale traitante

CONVENTION · LOI DE FINANCES

À la contrainte, nous opposons l'attractivité. La coercition ne créera pas un médecin de plus dans les cinq ans qui viennent ; elle détournera en revanche des jeunes qui regardent déjà cet exercice avec prudence.

- Revaloriser d'abord la fonction elle-même (cf. propositions 1, 4 et 5)
- Rendre les aides à l'installation plus pertinentes (atténuer les effets de bord ; révisions plus régulières des zonages) et les conditionner au secteur 1
- Tenir compte des contraintes d'installation liées au lieu d'exercice, notamment par le levier conventionnel

Enjeu : maximiser la part des installations qui s'orientent vers la médecine générale traitante

3. Accès prioritaire à un médecin traitant pour les patients vulnérables

CONVENTION · LFSS

La démographie médicale va s'améliorer dans les prochaines années mais... Cette augmentation de l'offre ne doit pas retarder l'action concernant les six millions de

Français sans médecin traitant. La priorité va à ceux pour qui l'absence de suivi est le plus préjudiciable : patients en ALD, sortants d'hospitalisation, personnes en perte d'autonomie, patients en situation de précarité. Une action centrée sur les patients les plus vulnérables fonctionne : l'opération « patients en ALD sans médecin traitant » l'a démontré.

- Valoriser la mission d'accompagnement à la recherche d'un médecin traitant confiée aux CPTS par une majoration de la mission socle « Favoriser l'accès aux soins » dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)
- Faciliter les exercices mixtes ville-hôpital : réduire les effets limitants liés aux charges libérales (lissage des cotisations URSSAF par exemple)

Rémunérer la valeur réelle du soin

4. Rendre au secteur 1 son attractivité perdue

CONVENTION · LOI DE FINANCES · LFSS

Le secteur 1 procède pour ceux qui le choisissent d'un acte de solidarité et de responsabilité sociale. Il garantit l'accessibilité financière aux soins et la lutte contre une prise en soins à deux vitesses protégeant les plus vulnérables. Dans le même temps, la part des patients en situations complexes vus en consultation par les médecins généralistes a explosé. Les populations modestes sont les premières concernées. Il convient de valoriser cet engagement.

- Majorer les forfaits et les actes nécessaires à la prise en charge des patients dits « complexes »
- Prise en charge sociale et retraite rendue visible, chiffrée et revalorisée pour les praticiens en secteur 1

5. Reconnaître et rémunérer la complexité de l'exercice

CONVENTION

Notre nomenclature récompense le nombre et reconnaît encore trop peu la difficulté. Le vieillissement, les polypathologies, les souffrances psychiques et psycho-sociales, et les patients sans alternative de second recours nécessitent pourtant une incitation forte adressée aux soins primaires pour leur prise en soins.

- Acte (consultation) : trois niveaux de complexité clinique, avec la création d'un niveau intermédiaire aujourd'hui manquant, et l'élargissement du champ des consultations reconnues complexes
- Revalorisation franche de la visite à domicile auprès des patients vulnérables (patients en ALD, dépendance/grand âge)
- Structure de la rémunération : montée en charge de la part forfaitaire, majorée pour les patients en ALD, multimorbides, âgés dépendants, précaires ou relevant de la santé mentale

L'universalisme proportionné* doit être mieux intégré dans nos rémunérations.

**Les inégalités face à la santé suivent un gradient social. Viser l'équité, c'est allouer les moyens à proportion des besoins, tout au long de ce gradient. En résumé : un droit universel à la santé, proportionné aux besoins des populations.*

Préserver et former ceux qui soignent

6. Préserver ceux qui soignent : simplifier et sécuriser

CONVENTION · LOI · RÉGLEMENTAIRE

Ce qui épuise les médecins traitants, ce n'est pas la clinique : ce sont les doubles saisies, les certificats médicaux demandés inutilement, les incivilités, une exposition juridique parfois disproportionnée... Les préserver est la condition de la continuité des soins.

- Inverser la charge sur les certificats médicaux (sport, absence scolaire, crèche, non-contagion, prêt) : au demandeur de justifier le besoin, texte à l'appui, avec un droit opposable du patient à ne pas être pénalisé en cas de non-production d'un certificat non nécessaire
- Améliorer et accélérer l'indemnisation, charges du cabinet comprises, après un événement violent (agression physique ou verbale, menace), et créer une assistance juridique sur le modèle de la protection fonctionnelle des agents publics
- Organiser et financer la sécurisation des maisons médicales de garde : budgets fléchés pour du personnel de sécurité lors des gardes de nuit
- Publier chaque année un indicateur DREES de charge administrative en médecine générale

7. Réussir la quatrième année du DES de médecine générale

RÉGLEMENTAIRE

La phase de consolidation entre en vigueur en novembre 2026. La première promotion 2026-2027 nous aura apporté des retours et pistes d'évolution mais trois conditions de réussite émergent déjà : des objectifs pédagogiques tenus, un maillage suffisant de maîtres de stage en ambulatoire et une rémunération adaptée du docteur junior (DJ).

Vigilance sur les points suivants :

- Garantir le paiement des maîtres de stage dans les délais prévus
- Porter le nombre d'enseignants de médecine générale à la hauteur des effectifs d'internes
- Garantir à chaque DJ un stage professionnalisant en soins primaires

Les points d'achoppement de la réforme sont évolutifs, MG France en a fait la synthèse disponible sur son site.

Élargir le champ d'action clinique du médecin généraliste

8. Étendre le domaine de compétences cliniques

RÉGLEMENTAIRE

Les médecins généralistes sont désormais formés en dix ans, il convient d'investir sur ces praticiens de soins primaires. La majorité des actes médicaux, y compris ceux qui relevaient jadis d'un adressage en second recours, peuvent être désormais réalisés chez le médecin traitant.

- Plans de formation indemnisés et reconnus dans la certification périodique : dermatoscopie, Holter, spirométrie, échographie clinique, santé mentale avancée ...
- Supprimer les restrictions d'accès à certains DU et DIU encore opposées aux généralistes dans plusieurs universités
- Conditionner le déploiement à l'existence de l'équipe socle (cf. proposition 25) : sans elle, l'élargissement se paierait en temps clinique

9. Lever les restrictions de prescription

RÉGLEMENTAIRE

La prescription de nombreuses molécules reste interdite aux généralistes alors qu'ils en maîtrisent l'usage. Le résultat est absurde : le patient attend des mois un rendez-vous à l'hôpital ou avec un spécialiste du second recours pour une initiation ou un renouvellement que son médecin traitant sait conduire.

- Revoir l'ensemble des restrictions selon une logique de pertinence clinique, avec publication d'une liste cible, sous l'égide de la HAS

10. Sécuriser la prescription face aux pénuries

LFSS · RÉGLEMENTAIRE · UE

Les ruptures de stock de médicaments sont devenues structurelles : antibiotiques, antidiabétiques, psychotropes, corticoïdes, antiépileptiques, formes pédiatriques... Elles touchent tous les prescripteurs et cassent la continuité ou retardent la mise en place des traitements.

- Relocalisation ciblée des médicaments essentiels au sein de l'Union européenne et constitution de stocks stratégiques
- Information des ruptures et des équivalents par l'ANSM/DGS, avec interfaçage logiciel métier
- Alerte directe des patients concernés par l'Assurance Maladie qui dispose des données de remboursement, avec information conjointe du médecin traitant et du pharmacien.

11. Dispensation au cabinet et vaccination effective

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Certaines situations justifient que le traitement débute au cabinet ou au lit du malade : première dose d'antibiotique, traitement d'urgence, vaccin fait dans la foulée de la décision.

- Définir un cadre légal de la dispensation au cabinet sur un périmètre défini
- Lever les freins relatifs à la vaccination antigrippale en cabinet (prise en charge financière, simplification de la commande)
- Prise en charge financière sécurisée pour le patient et le praticien

02- Protéger l'indépendance du soin

Propositions 12 -> 24

Contrer la financiarisation des soins, garantir la souveraineté des données, encadrer l'irruption de l'intelligence artificielle.

Contrer la financiarisation des soins

PROPOSITION CARDINALE

12. Plan d'assainissement pour l'indépendance des soins primaires

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Le mouvement de financiarisation du système de soins s'accélère et touche désormais les soins primaires. Le rapport sénatorial Imbert-Henno-Jomier, adopté à l'unanimité le 25 septembre 2024, a documenté la financiarisation de l'offre de soins et posé la question d'une « OPA sur la santé ». Nous y ajoutons deux fronts qui nous concernent directement : les plateformes commerciales de téléconsultation et les chaînes de centres de soins non programmés. Sur les soins primaires, nous assumons d'aller plus loin que le Sénat.

- Interdire la détention par des personnes non professionnels de santé des structures de médecine générale et de premier recours, centres de santé et maisons de santé, financiarisés compris
- Rendre opposable la transparence des bénéficiaires effectifs des SEL et SPFPL en santé
- Interdire par voie réglementaire les frais additionnels facturés aux patients
- Interdire toute rémunération à l'objectif de volume d'actes dans les structures employant des médecins salariés

13. Encadrer les montages financiers dans les structures de soins primaires

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Le plafond de 25 % de détention extra-professionnelle dans les SEL est contourné par des montages que plus personne ne prétend maîtriser. Cela peut se traduire par des cadences imposées, une sélection des patients, des contraintes de productivité.

- Consacrer en droit le contrôle effectif sur le fonctionnement de sa structure du professionnel y exerçant
- Encadrer les actions de préférence et les clauses de gouvernance qui vident ce contrôle de sa substance
- Imposer une durée minimale de détention avant cession pour lutter contre les bulles spéculatives et les retraits brutaux de capitaux

14. Renforcer la régulation territoriale de l'offre financiarisée

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Le « deux poids, deux mesures » décourage ceux qui respectent les règles. Adopter une pratique de régulation est indispensable et suppose des moyens dédiés.

- Conditionner l'ouverture d'un centre de soins primaires à un agrément territorial obligatoire, délivré par le directeur général de l'ARS après consultation de la CPAM et avis de la commission paritaire locale. Agrément révocable par l'ARS sur indicateurs de qualité et de facturation
- Imposer un audit financier obligatoire au-delà d'un seuil de centres détenus par un même opérateur
- Mise en place de cellules régionales d'appui aux ordres professionnels associant DRFIP, DREETS et ARS
- Examen des leviers fiscaux applicables aux structures de soins non programmés à but lucratif
- Rapport public annuel au Parlement : facturation, qualité, transmissions au médecin traitant, sanctions prononcées

15. Promouvoir un usage vertueux du numérique : l'exemple de la téléconsultation

CONVENTION · RÉGLEMENTAIRE

Refuser la téléconsultation commerciale n'est pas refuser la téléconsultation... Nous la pratiquons. Elle est un outil du soin, à condition qu'elle serve le parcours.

- Inscription obligatoire dans un parcours coordonné : le médecin traitant, ou un confrère installé sur le territoire
- Compte-rendu systématique au médecin traitant, et inscription dans un parcours d'attribution pour ceux qui n'en ont pas
- Développement de la téléconsultation assistée par un infirmier, à domicile et en EHPAD pour faciliter l'accès à la téléconsultation des patients vulnérables ou éloignés du soin

Garantir la souveraineté des données

16. Transparence, souveraineté des données de santé et recherche en soins primaires

LOI · LFSS - RÉGLEMENTAIRE

Nos données cliniques partent sans que nous sachions où, pour quel usage ni au bénéfice de qui. Symétriquement, la médecine générale française reste mal documentée : nous avons des difficultés à décrire ce que nous faisons.

- Opération transparence sur le traitement des données de santé par les éditeurs de logiciels métier : pseudonymisation et revente, identité des hébergeurs et ressort juridique dont ils relèvent (Cloud Act américain ou droit européen), mécanismes réels de consentement, de retrait et d'information
- Accompagner et favoriser la montée en charge de P4DP (Platform for Data in Primary Care, premier entrepôt national de données de médecine de ville) afin de créer une filière de recherche en soins primaires d'excellence en France et de se doter d'outils de veille plus performants

17. Protéger les professionnels de santé face au risque juridique et à la fuite de données

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Peu de médecins mesurent ce à quoi ils s'exposent en utilisant un logiciel hébergé en ligne. Faire porter au praticien un risque qu'il n'a ni créé ni les moyens d'évaluer n'est pas tenable.

- Audit indépendant des failles et cartographie précise des responsabilités, disponible en ligne sur le site de l'Agence du numérique en santé (ANS) par exemple pour permettre des décisions éclairées
- Accompagnement effectif par l'Ordre ou l'ANS : formation (à la constitution de registres de traitement par exemple), conseil, aide juridique le cas échéant

18. Portabilité opposable des dossiers patients

RÉGLEMENTAIRE

Le RGPD prévoit un droit à la portabilité mais dans les faits, changer de logiciel métier revient à perdre une quantité importante de données à chaque migration. C'est une limite à une concurrence saine autant qu'un risque pour la continuité des soins.

- Imposer aux éditeurs un format d'export standardisé, dans le prolongement de la concertation de l'ANS
- Garantir la migration sans perte d'information ni surcoût pour le praticien
- Rendre l'éditeur inéligible au référencement Ségur et aux financements associés en cas de non-respect

Accompagner l'irruption de l'IA dans les pratiques

19. Encadrer les IA commerciales qui s'interposent entre patient et médecin

LOI · RÉGLEMENTAIRE

Des fonctions d'orientation et de pré-tri arrivent dans les plateformes et les logiciels, sans évaluation indépendante ni transparence sur les critères de décision. Le parcours patient ne peut être confié à des opérateurs commerciaux.

- Interdire les dispositifs commerciaux d'orientation pré-consultation en dehors d'un cadre conventionnel
- Transparence des algorithmes des plateformes d'orientation

20. Certifier les IA d'aide à la décision et clarifier la responsabilité

LOI · RÉGLEMENTAIRE · UE

La chaîne des responsabilités entre médecin, éditeur, développeur et hébergeur est floue.

Le risque est simple : que le praticien porte seul la responsabilité d'une décision prise sur la foi d'un système dont il ne peut comprendre les ressorts.

- Certifier les outils d'aide à la décision, en articulation avec les règlements européens sur l'IA et sur les dispositifs médicaux
- Instituer un régime de responsabilité partagée, fondé sur la transparence des critères et la qualité de l'information délivrée au praticien

21. Former à l'usage critique de l'IA

RÉGLEMENTAIRE

Une IA mal utilisée par un médecin non formé est plus dangereuse qu'une absence d'IA.

Les biais sont documentés par la HAS et la CNIL : surconfiance, ancrage, automatisation, érosion de l'esprit critique.

- Module « usage critique de l'IA en consultation » en formation initiale, continue et dans la certification périodique
- Contenu du module défini par les sociétés savantes et les syndicats, validé par la HAS, enseigné par les pairs

22. Sanctuariser le temps clinique : le gain d'IA au soin, pas au volume

CONVENTION

Le temps que l'IA libérera sur le codage, les courriers, l'aide à la prescription, la transcription doit revenir à la consultation. Capté par les financeurs, il fera basculer la médecine générale dans un modèle d'activités en croissance perpétuelle dont nous pouvons aisément deviner les conséquences : perte de qualité, de pertinence, épuisement professionnel.

- Mécanisme conventionnel incitatif à l'intégration des solutions de transcription assistée aux logiciels métier
- À double condition : que le temps libéré soit fléché vers la consultation et pris en compte comme tel dans les modèles économiques conventionnels, et que les données captées soient hébergées sur des serveurs souverains

23. Préserver les espaces de formation des jeunes médecins face à l'IA

RÉGLEMENTAIRE

Si l'IA absorbe les tâches qui constituaient l'apprentissage (rédaction, première lecture d'image, raisonnement), nous formerons des médecins incapables de superviser l'outil. Il est nécessaire d'assumer ce coût pédagogique : c'est la condition sine qua non pour qu'il existe encore des cliniciens demain.

- Préserver délibérément certaines tâches comme étapes pédagogiques, indépendamment de leur efficacité : sémiologie fine, rédaction médicale, raisonnement diagnostique non assisté.

24. Encadrer les chatbots de santé grand public

LOI · RÉGLEMENTAIRE · UE

Une part croissante des patients arrive en consultation avec un cadre déjà construit par une IA généraliste. Nous ne le déplorons pas : nous demandons que ce soit sécurisé.

- Obligation légale pour l'opérateur d'afficher clairement la nature non médicale des réponses et d'orienter vers le médecin traitant pour toute question relevant du soin
- Contrôle effectif du cadre déjà applicable aux chatbots à finalité médicale

03- Développer des soins primaires organisés

Propositions 25 -> 31

Une équipe autour de chaque médecin traitant, un système gradué qui relie ville et hôpital, un financement soutenable et protecteur.

Une équipe autour de chaque médecin traitant

25. Socle universel, socle renforcé : une équipe pour qui la souhaite

CONVENTION · LFSS

L'attractivité ne se joue pas seulement sur la rémunération : elle se joue sur le cadre de travail. En 2025, 15 % seulement des généralistes éligibles avaient recours à un assistant médical. Cette proportion doit atteindre 100 % parmi ceux qui le souhaitent.

- Socle universel : accès garanti à un assistant médical avec des critères simplifiés (être médecin traitant + un indicateur au choix ; un seul indicateur en secteur 1) et sans objectif d'augmentation de la file active, aujourd'hui premier frein à l'embauche

- Socle renforcé en exercice coordonné : infirmier formé à l'éducation thérapeutique ASALEE, IPA, psychologue, travailleur social, interprète, diététicien, avec recours possible à un groupement d'employeurs

Une équipe centrée sur la patientèle du médecin traitant et pilotée par lui, pas une équipe concurrente.

26. Conventionner les coopérations entre professionnels

CONVENTION

Les professionnels de santé n'ont pas besoin d'un étage administratif de plus. Nous demandons que la coopération quotidienne, aujourd'hui informelle et bénévole, dispose enfin d'un cadre et d'un financement.

- Accords conventionnels bi-professionnels ciblés sur des situations précises : TMS et lombalgie chronique avec les kinésithérapeutes, suivi des personnes âgées à domicile avec les infirmiers, polymédication avec les pharmaciens
- Rémunération incitative associée, en articulation avec les équipes de soins primaires (ESP) existantes et sans création de dispositif parallèle

27. Coordination et communication au sein de l'équipe de soin

CONVENTION · RÉGLEMENTAIRE

Une équipe doit disposer d'espaces pour échanger. Pourtant messagerie sécurisée, accès partagé au dossier et temps de concertation restent le parent pauvre du financement professionnel.

- Reconnaître et financer conventionnellement le temps de coordination clinique
- Construire une interopérabilité réelle des outils au sein d'une même équipe, et la traçabilité des avis au dossier (exemple des logiciels pharmaciens/médecins)

28. Outiller les soins primaires : le continuum santé-social

CONVENTION · LFSS

La moitié des éléments bloquant d'un parcours ne relève pas du soin : il peut s'agir d'une problématique de logement, un droit non ouvert, des difficultés d'expression, un isolement. Les microstructures en addictologie le démontrent depuis longtemps, l'expérimentation SECPA l'a confirmé.

- Intégrer l'intervention de psychologues, interprètes professionnels, travailleurs sociaux et médiateurs en santé au cadre conventionnel, avec un financement pérenne
- Sortir de la logique des appels à projets fragmentés qui interdit toute projection

Graduer et relier ville et hôpital

29. Lien ville-hôpital, hôpitaux de proximité

LOI · RÉGLEMENTAIRE

L'hôpital doit se concentrer sur ce qui est grave, rare, urgent ou nécessite un plateau technique lourd. Cette ligne de partage est brouillée par un défaut d'organisation, pas par un défaut de compétences. Il convient d'investir le sujet de l'hôpital de proximité, maillon manquant : 327 labellisés en juillet 2025 sur les 500 à 600 visés par la loi OTSS. S'agissant de la psychiatrie, elle souffre d'une organisation cloisonnée qu'il faut repenser.

- Plan d'accélération des labellisations des hôpitaux de proximité sur le quinquennat
- Ouverture de la gouvernance médicale aux généralistes du territoire et représentation paritaire dans les hôpitaux, généraux et de proximité
- Priorisation de l'accès direct à l'hospitalisation pour les patients adressés par leur médecin traitant, et compte-rendu transmis sous 24 heures, délai mesuré par un indicateur opposable à l'établissement
- Déploiement d'avis spécialisés téléphoniques rapides et staffs virtuels rémunérés, à l'exemple des hôpitaux de proximité
- Faire des hôpitaux de proximité des terrains de stage pour les internes et docteurs juniors

Rendre le système soutenable et protecteur

PROPOSITION CARDINALE

30. Une offre publique d'assurance complémentaire de référence, facultative

LFSS · LOI

Les dépenses de gestion du système de santé atteignaient 16,9 Md€ en 2024 : les organismes complémentaires en représentent plus de la moitié alors qu'ils financent une part bien moindre des soins. Pendant ce temps, les cotisations grimpent et pèsent, d'abord sur les ménages modestes et sur les patients en ALD. Il convient de réaffirmer le caractère universel de notre conception française de l'accès financier aux soins.

- Proposer une offre d'assurance complémentaire en santé, facultative, gérée par l'Assurance Maladie, sans sélection du risque et non tarifée selon ce dernier, avec des frais de gestion alignés sur ceux de l'AMO

Distincte de la C2S, elle ne se substitue pas aux organismes existants qui conservent leur marché. Elle n'impose rien : elle ouvre un point de comparaison lisible avec des tarifs publics pour les patients dans un secteur qui prospère sur son illisibilité.

31. Améliorer la santé au travail en impliquant l'employeur

LFSS · LOI

Les médecins traitants sont sommés depuis des années de réguler les arrêts de travail comme s'ils en étaient la cause. L'employeur reste hors du champ. Il est possible de s'inspirer d'expériences étrangères même quand elles ne sont pas moins-disantes socialement : les Pays-Bas ont fait le choix d'être plus volontaristes vis-à-vis de l'employeur, nous pourrions nous en inspirer.

- Moduler les cotisations employeurs sur les arrêts maladie selon la sinistralité de l'entreprise, sur le modèle AT-MP
- Rendre obligatoires l'acceptation du temps partiel thérapeutique et l'aménagement de poste, sauf empêchement réel motivé et validé par le service médical de la CPAM
- Engager un plan de refondation de la médecine du travail, et de la médecine scolaire, dont la crise se reporte entièrement sur la médecine de ville

04- Prévenir et soigner dans la durée

Propositions 32 -> 37

Le médecin traitant est celui qui doit insuffler et coordonner la prévention en soins primaires. Trois chantiers prioritaires : santé mentale, cardiovasculaire, cancers.

Faire du médecin traitant le pilote de la prévention

32. Outiller le médecin traitant comme pilote des programmes de prévention

CONVENTION · LFSS

La participation au dépistage organisé du cancer colorectal plafonnait à 30,7 % en 2024-2025, et la couverture vaccinale adulte reste un angle mort. Le nouveau Forfait Médecin Traitant installe le médecin traitant comme pilote conventionnel de la prévention s'appuyant sur un tableau de bord nominatif et quinze indicateurs. Nous pouvons travailler sur cette base à créer les conditions de meilleurs résultats.

- Doter l'assistant médical d'une mission explicite de prévention : relances et rattrapages personnalisés des dépistages et vaccinations conduits à partir du tableau de bord nominatif fourni par l'Assurance Maladie et/ou nos logiciels médicaux. À cabinet égal, c'est la mesure la plus efficace. Elle suppose une levée des freins liés à l'embauche des assistants médicaux (proposition 25)
- Pour les médecins sans assistant, recours à un service CPAM pérenne de relance, articulé avec eux et non à côté d'eux
- Intégration systématique au DMP des résultats de dépistage et des vaccinations
- Extension du dépistage colorectal aux patients à risque accru, avec adressage direct à la coloscopie

Agir sur les grands déterminants et les gros postes de dépense

33. Décloisonner la santé mentale et clarifier les périmètres

LFSS · RÉGLEMENTAIRE

Il faut distinguer la santé mentale au sens large des pathologies psychiatriques lourdes, ces dernières nécessitant un second recours organisé. La souffrance psychique, les troubles anxieux et dépressifs réactionnels, une part des addictions relèvent de la première ligne : médecin généraliste, psychologue contacté par un travailleur social. Cette clarification conditionne les parcours, la formation et la répartition des moyens.

- Refondre Mon Soutien Psy, en l'articulant au médecin traitant et en le dotant d'un tarif de consultation attractif permettant réellement aux psychologues de se conventionner

- Ouvrir des formations avancées en psychiatrie pour le médecin généraliste, sur la base du volontariat, dans le seul but d'accroître leur niveau de connaissances en psychiatrie et répondre aux besoins de première ligne
- Contractualiser l'articulation avec la psychiatrie de secteur

34. Prendre en charge les consultations auprès des diététiciens

CONVENTION · LFSS

La prévalence du surpoids et de l'obésité impose un accompagnement accessible.

Aujourd'hui il est le plus souvent à la charge du patient : c'est une fracture d'accès, et elle frappe exactement ceux qui en ont le plus besoin.

- Prise en charge par l'Assurance Maladie sur orientation du médecin traitant, en priorité pour les patients en ALD, en pédiatrie, pendant la grossesse et le post-partum, et en post-bariatrique
- Articulation avec le parcours surpoids et obésité de l'adulte et avec l'offre infirmière en éducation thérapeutique

35. Lutter contre les troubles musculo-squelettiques (TMS) par l'activité physique adaptée

CONVENTION · LOI · LFSS

Les TMS sont l'un des premiers motifs d'arrêt de travail prolongé, et le recul de l'âge de la retraite va en aggraver la charge. Le sujet croise conditions de travail, accès aux soins et prévention. L'activité physique adaptée (APA) est un outil puissant pour lutter contre les TMS. Elle dépasse d'ailleurs les seuls TMS : elle présente un intérêt dans le risque cardiovasculaire, le post-cancer, la santé mentale, la perte d'autonomie...

- Créer pour les médecins généralistes une consultation dédiée à la prescription et au suivi de l'activité physique adaptée, prise en charge à 100% pour les patients en ALD, post-AVC, post-cancer, lombalgies chroniques et arthropathies liées au travail
- Ouvrir un statut professionnel de santé aux enseignants en APA, permettant ainsi des prises en charge en complémentarité des masseurs-kinésithérapeutes
- Accentuer la diffusion sur ameli des supports d'auto-rééducation validés

36. Diffuser une culture de prévention tout au long de la vie

LOI · UE

La prévention ne commence pas au cabinet et ne s'y arrête pas : elle se joue à l'école, au travail, dans l'assiette et dans le logement. Notre rôle, professionnels et tutelles, est d'en être le relais constant en privilégiant l'éducation à la santé dès le plus jeune âge tout en supprimant les freins et mauvais signaux.

- Doter le parcours éducatif de santé (maternelle-lycée) des moyens structurels nécessaires : formation des enseignants, critères d'impact sur la modification des comportements, accompagnement des établissements pour la mise en place effective des actions (harmonisation)
- Rendre le Nutri-Score obligatoire, et ainsi porter ce combat au niveau européen également

- Mieux encadrer le marketing alimentaire visant les enfants
- Articuler réellement les rendez-vous de Mon Bilan prévention avec le médecin traitant, plutôt que de multiplier des voies parallèles, aux résultats très incertains, ceci diluant l'information

37. Augmenter les recettes fiscales des produits toxiques : alcool, tabac, produits ultratransformés...

LOI DE FINANCES · LFSS

Nous voyons quotidiennement les effets néfastes de certains comportements, qu'ils soient alimentaires, liés aux modes de production ou aux consommations d'alcool et de tabac. Nous proposons d'accentuer la politique de fiscalité comportementale. Il conviendra d'en flécher les recettes nouvelles, afin qu'elles ne soient pas perçues comme punitives et pour en améliorer l'efficacité.

- Objectiver publiquement le rapport entre les recettes fiscales assises sur l'alcool et le tabac et leur coût social, puis réévaluer le niveau de fiscalisation
- Introduire une fiscalité différenciée pour les produits ultra-transformés et les productions utilisant certains pesticides dont la toxicité est connue
- Flécher explicitement ces recettes vers l'accès aux comportements favorables : alimentation de qualité et de proximité, activité physique adaptée, éducation à la santé en milieu scolaire et en entreprise

05- Santé planétaire et soins primaires

Propositions 38 -> 40

Le secteur de la santé représente plus de 8 % de l'empreinte carbone de la France (The Shift Project, 2023), pour l'essentiel en émissions indirectes.

Le cabinet, vigie environnementale

38. Santé environnementale : le médecin traitant, sentinelle et relais des expositions

RÉGLEMENTAIRE

Le cabinet du médecin généraliste est le seul endroit où se croisent, chez la même personne, le logement, le métier et la maladie. C'est un poste d'observation que la santé publique n'a nulle part ailleurs, et qui est sous-utilisé. Les expositions professionnelles, domestiques et environnementales restent massivement sous-repérées. Elles frappent d'abord les plus modestes : la réponse doit donc obéir à l'universalisme proportionné.

- Formation initiale et continue des médecins en santé environnementale, enseignée par les pairs
- Outils de repérage intégrés au logiciel métier : expositions professionnelles, habitat, qualité de l'air intérieur, perturbateurs endocriniens
- Organiser un système de veille sanitaire environnementale nationale, en s'appuyant sur l'exemple de Santé Publique France

Un soin plus sobre

39. Verdissement et sobriété des soins primaires

LFSS · RÉGLEMENTAIRE

Le premier levier de sobriété en médecine générale est le juste soin. La sobriété rejoint ici la pertinence, le droit du patient à bénéficier de la thérapeutique adaptée à son besoin en étant la limite naturelle.

- Intégrer l'impact environnemental aux critères des référentiels de pertinence de la HAS
- Acculturer les médecins et les patients à la prescription éco-responsable : dé-prescription, formes galéniques...
- Implémenter la possibilité de délivrance des médicaments à l'unité en officine
- Rendre obligatoire la transparence des industriels sur l'empreinte des médicaments et dispositifs, comme condition d'accès au remboursement, avec modulation tarifaire pour les produits à fort impact lorsqu'une alternative existe
- Solvabiliser les interventions non médicamenteuses validées (ex : APA)

Anticiper les chocs et tenir dans la durée

40. Préparer la première ligne : « Une seule santé » et résilience des soins primaires

LFSS · RÉGLEMENTAIRE

Les crises à venir (vagues de chaleur, maladies vectorielles, épisodes infectieux émergents, antibiorésistance) arriveront par le cabinet avant d'arriver à l'hôpital. La stratégie nationale dédiée à un environnement favorable à la santé lancée en avril 2026 fixe le cadre ; en France, la première ligne n'y est ni associée, ni préparée, ni financée.

- Associer formellement les soins primaires à la déclinaison nationale de l'approche Une seule santé
- Appuyer le plan antibiorésistance sur la médecine générale, avec des moyens de diagnostic rapide au cabinet
- Inscrire un volet soins primaires dans les plans de gestion de crise et les exercices régionaux, en s'appuyant sur les structures coordonnées lorsqu'elles existent
- Adosser la surveillance des maladies vectorielles au réseau des médecins traitants.

Conclusion

Ces quarante propositions décrivent les conditions d'un système de santé solidaire, accessible et soutenable. Le médecin traitant que nous défendons n'est pas une figure du passé. C'est un médecin ancré dans son territoire et son temps. Il a besoin d'une équipe autour de lui pour répondre efficacement à l'ensemble de ses missions curatives et préventives. Il est soutenu par une formation continue adaptée aux besoins de santé. Il est indépendant à l'égard de la financiarisation. Il sait s'appuyer sur l'intelligence artificielle tout en restant lucide sur les dangers associés. Il est attentif à ce que le soin lui-même soit vertueux sur le plan environnemental.

MG France portera ces engagements dans le débat et reste à la disposition des équipes qui souhaiteront les approfondir.

Récapitulatif : les 40 propositions et leurs vecteurs

N°	Proposition	Vecteur
1	Identification conventionnelle de médecin généraliste traitant <i>proposition cardinale</i>	CONVENTION · LOI DE PROGRAMMATION
2	Soutenir l'installation en médecine générale traitante	CONVENTION · LOI DE FINANCES
3	Accès prioritaire à un médecin traitant pour les patients vulnérables	CONVENTION · LFSS
4	Rendre au secteur 1 son attractivité perdue	CONVENTION · LFSS · LOI DE FINANCES
5	Reconnaître et rémunérer la complexité de l'exercice	CONVENTION
6	Préserver ceux qui soignent : simplifier et sécuriser	CONVENTION · LOI · RÉGLEMENTAIRE
7	Réussir la quatrième année du DES de médecine générale	RÉGLEMENTAIRE
8	Étendre le domaine de compétences cliniques	RÉGLEMENTAIRE
9	Lever les restrictions de prescription	RÉGLEMENTAIRE
10	Sécuriser la prescription face aux pénuries	LOI · RÉGLEMENTAIRE · UE
11	Dispensation au cabinet et vaccination effective	LOI · RÉGLEMENTAIRE
12	Plan d'assainissement pour l'indépendance des soins primaires <i>proposition cardinale</i>	LOI · RÉGLEMENTAIRE
13	Encadrer les montages financiers dans les structures de soins primaires	LOI · RÉGLEMENTAIRE
14	Renforcer la régulation territoriale de l'offre financiarisée	LOI · RÉGLEMENTAIRE
15	Promouvoir un usage vertueux du numérique : l'exemple de la téléconsultation	CONVENTION · RÉGLEMENTAIRE
16	Transparence, souveraineté des données de santé et recherche en soins primaires	LOI · LFSS · RÉGLEMENTAIRE
17	Protéger les professionnels de santé face au risque juridique et à la fuite de données	RÉGLEMENTAIRE · LOI
18	Portabilité opposable des dossiers patients	RÉGLEMENTAIRE
19	Encadrer les IA commerciales qui s'interposent entre patient et médecin	LOI · RÉGLEMENTAIRE
20	Certifier les IA d'aide à la décision et clarifier la responsabilité	LOI · RÉGLEMENTAIRE · UE
21	Former à l'usage critique de l'IA	RÉGLEMENTAIRE
22	Sanctuariser le temps clinique : le gain d'IA au soin, pas au volume	CONVENTION
23	Préserver les espaces de formation des jeunes médecins face à l'IA	RÉGLEMENTAIRE
24	Encadrer les chatbots de santé grand public	LOI · RÉGLEMENTAIRE · UE
25	Socle universel, socle renforcé : une équipe pour qui la souhaite	CONVENTION · LFSS
26	Conventionner les coopérations entre professionnels	CONVENTION
27	Coordination et communication au sein de l'équipe de soins	CONVENTION · RÉGLEMENTAIRE
28	Outiller les soins primaires : le continuum santé-social	CONVENTION · LFSS
29	Lien ville-hôpital, hôpitaux de proximité	LOI · RÉGLEMENTAIRE
30	Une offre publique d'assurance complémentaire de référence, facultative <i>proposition cardinale</i>	LOI · LFSS
31	Améliorer la santé au travail en impliquant l'employeur	LOI · LFSS
32	Outiller le médecin traitant comme pilote des programmes de prévention	CONVENTION · LFSS
33	Décloisonner la santé mentale et clarifier les périmètres	LFSS · RÉGLEMENTAIRE
34	Prendre en charge les consultations auprès des diététiciens	CONVENTION · LFSS
35	Lutter contre les TMS par l'activité physique adaptée	CONVENTION · LOI · LFSS
36	Diffuser une culture de prévention tout au long de la vie	LOI · UE
37	Augmenter les recettes fiscales des produits toxiques : alcool, tabac, produits ultratransformés...	LOI DE FINANCES · LFSS
38	Santé environnementale : le médecin traitant, sentinelle et relais des expositions	RÉGLEMENTAIRE
39	Verdissement et sobriété des soins primaires	LFSS · RÉGLEMENTAIRE
40	Préparer la première ligne : « Une seule santé » et résilience des soins primaires	LFSS · RÉGLEMENTAIRE

Vecteurs indicatifs : plusieurs mesures d'une même proposition peuvent relever de véhicules distincts.



40 propositions

de la médecine générale pour les candidats