



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**« LA MEDECINE GENERALE FACE A SES
NOUVELLES MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE »**

– Groupe n° 10 –

- BELLEC Valérie, D3S
- BOUTONNAT Martine, IASS
- BUISSART Caroline, D3S
- CARDI Marie-Dominique, DS
- CLEC'H Adeline, EDH
- CUISENIER Carole, IASS
- GIGUET Claire, DS
- HOUADEC Sébastien, D3S
- RAZOUX Nicolas, EDH

Animateur

– *PARAPONARIS Alain*

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PEINENT A INTEGRER LES MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE DELEGUEES PROGRESSIVEMENT PAR LE PARLEMENT DEPUIS LE DEBUT DES ANNEES 1990 ET RENFORCEES PAR LES LOIS D'AOUT 2004.	3
1.1 Les réformes de 2004 visent à promouvoir chez les médecins généralistes une démarche de santé publique que les législations antérieures avaient encouragé sans parvenir à systématiser.	3
1.1.1 Les efforts du législateur initiés dès le début des années 1990 en faveur d'une revalorisation de la prévention n'ont contribué qu'à un infléchissement modeste de l'exercice médical.	4
A) Davantage sensibilisés à l'importance de la prévention, les médecins ont progressivement modifié leurs représentations de leur métier.	4
B) Pour autant, leurs pratiques de soins ne se sont pas renouvelées profondément.	6
1.1.2 C'est pourquoi, placé légalement en 2004 au cœur de la coordination des soins, le médecin généraliste est appelé à mieux prendre en considération les objectifs nationaux de santé publique.	7
A) Au centre du système de soins primaires, les médecins héritent d'une plus grande responsabilité en matière de santé publique.	7
B) Reprises par la convention nationale de 2005, les missions de santé publique sont toujours très inégalement mises en œuvre par les médecins au quotidien.	9
1.2 L'organisation libérale de la médecine générale et la difficulté pour les médecins de s'inscrire dans l'organisation de la politique de santé publique constituent des freins majeurs à une véritable appropriation de leurs missions de santé publique.	11
1.2.1 La difficile appropriation par les médecins de leurs missions de santé publique s'explique pour partie par les particularités de leur exercice libéral.	11
A) De nombreux obstacles sont avancés par les médecins pour justifier leur difficulté à être les acteurs principaux de la santé publique.	11
B) Ces obstacles sont la conséquence d'une approche libérale de la médecine fondée sur des soins prioritairement curatifs entravant la diffusion des priorités de santé publique au sein du corps médical.	13

1.2.2 Elle s'explique par ailleurs par la difficulté pour les médecins à s'inscrire dans les dispositifs de la politique de santé publique en France. 14

A) Malgré un effort de rationalisation dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique, les médecins parviennent difficilement à trouver leur place. 14

B) De plus, par ses spécificités, la démarche préventive n'a pas toujours les faveurs des médecins et de leurs patients. 15

2 POURTANT, LA PLACE ESSENTIELLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SOINS PRIMAIRES DOIT INCITER LE LEGISLATEUR A PROPOSE, DANS LA CONTINUITÉ DES LOIS DE 2004, DE NOUVEAUX LEVIERS LE CONFORTANT COMME ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE. 17

2.1 Le médecin généraliste peut constituer un acteur important de la réorientation du système de santé vers une meilleure intégration des préoccupations de santé publique. 17

2.1.1 Les médecins généralistes constituent un réseau de proximité propice au développement d'actions de santé publique. 17

A) Malgré les difficultés de la démographie médicale, les médecins généralistes sont à même de constituer un vrai réseau de proximité en santé publique. 17

B) La préservation de ce réseau de proximité est d'autant plus nécessaire que les médecins adhèrent au principe d'une délégation de missions de santé publique. 18

2.1.2 Le « colloque singulier » peut favoriser la diffusion d'une culture de santé publique auprès des patients. 19

A) Le colloque singulier place le médecin généraliste dans une relation privilégiée de confiance lui permettant de connaître les besoins de santé de ses patients. 19

B) Il favorise une bonne articulation entre approche individuelle et collective des problèmes de santé. 20

2.2 Dès lors, des pistes de réforme peuvent être envisagées pour faire du médecin généraliste un acteur essentiel de la politique de santé publique. 20

2.2.1 Des expériences étrangères mettent en évidence la possibilité d'articuler autour du médecin généraliste une politique de santé publique. 21

A) Dans le modèle britannique, le « gate keeper » s'insère dans une organisation très centralisée de la politique de santé publique. 21

B) Le « primary care physician » aux Etats-Unis s'intègre dans un système non étatisé structuré sur la base de groupements privés. 22

2.2.2 Des réformes pragmatiques en France inciteraient le médecin généraliste à investir pleinement ses missions de santé publique. 23

A) Réforme de la formation médicale, dynamisation du travail en réseau et délégation de tâches constitueraient le socle d'une nouvelle culture professionnelle associant davantage soins curatifs et santé publique. 23

B) Un nouveau « contrat de santé publique » simplifiant et complétant les dispositifs actuels favoriserait l'adhésion des médecins à la démarche de promotion de la santé publique voulue par le législateur. 25

CONCLUSION 29

BIBLIOGRAPHIE 31

DOCUMENTS ANNEXES UNIQUEMENT JOINT AU RAPPORTEUR DU GROUPE

Remerciements

Nous tenons à remercier notre animateur Monsieur Alain PARAPONARIS pour sa disponibilité et son encadrement.

Nous remercions également tous les professionnels qui en acceptant de répondre à nos questions ont apporté un éclairage pratique à notre réflexion.

Liste des sigles utilisés

ASALEE	Association de Santé Libérale En Equipe
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
CSP	Contrat de Santé Publique
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DMP	Dossier Médical Personnel
DREES	Direction de la recherche, des études et de statistiques
ESPER	Estimation Personnalisée des Risques
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
GRSP	Groupements Régionaux de Santé Publique
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
HMO	Health Maintenance Organisation
IDSP	Infirmière déléguée en santé publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
NHS	National Health Service
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PMT	Projet médical de territoire
PRAM	Plans Régionaux d'Assurance Maladie
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Le système de santé français a été classé par l'OMS comme l'un des plus performants. L'espérance de vie à la naissance de 78 ans et le taux brut de mortalité de 9,1 décès pour 1000 sont parmi les meilleurs enregistrés dans les pays développés. Cependant, la France présente de moins bonnes performances en matière de mortalité prématurée évitable, d'inégalités sociales et géographiques de santé, en comparaison avec d'autres pays qui privilégient davantage une approche globale de la santé, intégrant médecine préventive et médecine curative. La place singulière de la santé publique dans ces pays se traduit par une approche collective des actions de santé visant d'une part l'étude des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels et d'autre part, des actions en vue de l'amélioration de la santé de la population. Cette démarche santé publique accorde une plus grande importance à la prévention et au dépistage, à l'éducation à la santé et à la veille sanitaire que les professionnels de santé s'approprient comme autant de missions à mettre en œuvre dans leurs pratiques.

A l'inverse, la politique sanitaire française et les pratiques médicales ont longtemps été dominées par une approche principalement curative, centrée sur l'accès et l'offre de soins : la santé publique apparaissant alors comme une discipline marginale et la prévention comme « le parent pauvre du système de soins ». L'inflexion des dispositifs législatifs et des pratiques des professionnels de santé vers une meilleure intégration des préoccupations de santé publique, encouragée par l'OMS notamment à l'occasion de la conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa en 1986, ne s'est réalisée que très progressivement.

C'est dans les années 1990, dans un contexte marqué par une difficile régulation financière des dépenses de santé que le dispositif législatif français commence à développer une approche globale de la santé. La création du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) en 1991 et de la conférence nationale de santé en 1996 ayant pour mission d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population et les besoins de santé et de proposer des priorités de santé publique, l'instauration d'un échelon régional de planification en santé publique, la multiplication des plans nationaux de santé à forte dimension préventive, la création de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) traduisent cette évolution.

L'impact de la législation sur les pratiques des professionnels de santé et, en premier lieu, sur celles des médecins généralistes qui sont au cœur de la prise en charge des soins primaires - étant le premier contact avec le système de soins- apparaît cependant limité. En effet, la prise en compte de la dimension populationnelle de la santé n'est pas familière de la médecine générale. Les médecins généralistes libéraux – qui représentent

70% du corps des médecins généralistes¹ –, qui ont une pratique le plus souvent isolée, fondée sur les principes du colloque singulier et la rémunération à l'acte ne semblent pas avoir pleinement intégré l'intérêt collectif de leurs interventions.

Cette place essentielle à la fois des préoccupations de santé publique et du rôle du médecin généraliste dans le système de santé est clairement affirmée par les lois n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique et n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Ces textes opèrent une revalorisation de la place du médecin généraliste lui conférant un rôle de coordonnateur des soins devant intégrer dans sa pratique les objectifs de santé publique fixés par le législateur.

Dès lors, il est important de repérer quel est l'impact de ces nouvelles missions de santé publique sur les pratiques des généralistes, d'identifier les éventuels freins exprimés et observés à une pleine appropriation de celles-ci afin de déterminer quels dispositifs davantage incitatifs devraient être mis en place.

En effet, les médecins généralistes peinent à intégrer les missions de santé publique déléguées par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990 (1). Pourtant, leur place particulière dans l'organisation des soins incite à s'appuyer sur eux pour promouvoir la santé publique, à condition de proposer de nouveaux dispositifs qui, bien que dans la continuité des lois de 2004, permettraient plus radicalement d'inscrire cette approche collective des problèmes de santé dans la culture sanitaire française comme dans les pratiques médicales (2).

¹ www.insee.fr

1 Les pratiques des médecins généralistes peinent à intégrer les missions de santé publique déléguées progressivement par le Parlement depuis le début des années 1990 et renforcées par les lois d'août 2004.

Les médecins généralistes pratiquent habituellement et depuis de très nombreuses années des actes de prévention comme l'illustre l'exemple des vaccinations. Les réflexions menées dans le cadre de l'OMS et les inflexions de la législation française vers une meilleure prise en compte des préoccupations de santé publique ont contribué à une plus grande sensibilisation des professionnels de santé et au renforcement de leurs actions de prévention, sans toutefois parvenir à un renouvellement en profondeur de leur pratique qui demeure axée sur les soins : l'association effective des médecins généralistes aux politiques de santé reste liée à la motivation personnelle de chacun. Les lois de 2004 consacrent le rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins et visent à l'inscrire dans une démarche de prévention plus systématique, proposant un cadre d'intervention qui se veut clarifié et lui conférant de nouveaux outils (1.1).

Cependant, des freins multiples, liés tant à la perception qu'ont les médecins généralistes des réformes et de leur métier qu'à l'organisation du système de santé et de la médecine générale en France, sont de nature à compromettre une pleine appropriation de ce dispositif législatif par les médecins (1.2).

1.1 Les réformes de 2004 visent à promouvoir chez les médecins généralistes une démarche de santé publique que les législations antérieures avaient encouragé sans parvenir à systématiser.

Si les médecins généralistes participent de longue date aux actions de prévention, encouragés en cela par les textes internationaux et plus récemment par les politiques de santé françaises (1.1.1), les réformes de 2004 placent le médecin généraliste au cœur du parcours de soins en lui demandant d'intégrer des objectifs de santé publique définis désormais pluriannuellement par le parlement (1.1.2).

1.1.1 Les efforts du législateur initiés dès le début des années 1990 en faveur d'une revalorisation de la prévention n'ont contribué qu'à un infléchissement modeste de l'exercice médical.

L'influence du renouveau des préoccupations de prévention en France a contribué à sensibiliser les médecins à une approche plus globale de la santé publique (A) et s'est accompagnée de dispositifs les incluant directement dans des actions de prévention (B).

A) D'avantage sensibilisés à l'importance de la prévention, les médecins ont progressivement modifié leurs représentations de leur métier.

L'accent mis par les pouvoirs publics sur la prévention s'explique par un triple constat : (1) les résultats médiocres de la France en matière de santé publique, (2) une « transition épidémiologique »² majeure dans notre pays caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques, (3) l'influence des textes internationaux.

En matière de santé publique, la mortalité et la morbidité évitables demeurent en effet parmi les plus fortes des pays développés avec des inégalités de santé importantes. Cette situation révèle un déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives et ceux accordés à la prévention ne permettant pas d'agir efficacement sur les facteurs environnementaux et les comportements.

Parallèlement, les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, insuffisances respiratoires, diabète, cancers, déficits cognitifs etc.) se développent et ont pour caractéristique commune de nécessiter un traitement au long cours. La dimension éducative de la prise en charge des patients apparaît alors comme un enjeu incontestable pour la qualité et le bon usage des soins.

Enfin, dès les années 1980, l'OMS définit une stratégie - « la santé pour tous » - destinée aux pays développés, fondée sur la réduction des inégalités d'exposition aux risques et d'accès aux soins préventifs et curatifs. La Charte d'Ottawa adoptée en 1986 consacre la notion de « promotion de la santé », « ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Elle encourage ainsi une réorientation des systèmes de santé vers un dépassement des approches essentiellement cliniques et curatives, vers une prise en compte de l'ensemble des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

A partir des années 1990, la législation française met de façon plus volontariste l'accent sur les impératifs de santé publique. Si la législation française relative à la santé

² Gwénola Levasseur, « Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action », Education du patient et Enjeux de société, volume 21, n°4, 2002.

publique n'intègre pas tout à fait la notion de promotion de la santé telle que consacrée par l'OMS et développée dans certains pays (Royaume-Uni, Canada, pays scandinaves), elle exprime du moins l'ambition d'extraire la prévention de la place marginale qu'elle occupait.

C'est ainsi que l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé confiée à la Conférence nationale de santé, destinataire des rapports du Haut comité de santé publique et des conférences régionales de santé, la mission « d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé, et de proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins ».

Elle institutionnalise les plans nationaux et régionaux de santé qui incluent pour la plupart un volet « prévention ». Elle institue les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), dont la mission essentielle est d'animer et de coordonner les politiques régionales de gestion des risques, notamment à travers l'élaboration de plans régionaux d'assurance maladie (PRAM) qui participent à la mise en œuvre des priorités régionales de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé amplifie ces évolutions en s'efforçant de mieux insérer la prévention dans le paysage institutionnel : elle énonce une définition du concept³ et des fonctions⁴ de la prévention, l'érige en mission de service public, crée l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la notion de programme national prioritaire de prévention et de promotion de la santé assurant la couverture des actions préventives menées dans ce cadre par le fond national d'assurance maladie, et non par le fonds national de prévention (FNPEIS).

La loi du 6 mars 2002 rénovant les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie institue un nouvel outil conventionnel destiné à faciliter l'appropriation par les généralistes des objectifs de santé publique : le « contrat de santé publique » (CSP) ouvrant droit à des rémunérations forfaitaires.

Sous l'influence de ces évolutions législatives, la représentation des médecins généralistes sur le système de santé et la place que la santé publique doit y occuper s'est progressivement modifiée. Les résultats des études réalisées depuis 2002 par

³ Article L 1417-1 du CSP : « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement, l'aggravation des maladies ou des accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

⁴ La politique de prévention tend à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, à entreprendre des actions d'identification des facteurs de risques, à promouvoir le recours à des examens et traitements à visée préventive, à développer des actions d'information et d'éducation à la santé et des actions d'éducation thérapeutique.

l'observatoire régional de santé (ORS) de la région la région Provence – Alpes – Côte d'Azur auprès d'un panel de 600 médecins confirment cette hypothèse. En 2006⁵, plus des trois quarts des médecins généralistes considèrent qu'ils devraient mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans leurs pratiques de soins et 55,5% pensent qu'ils devraient s'impliquer davantage dans des actions de prévention.

B) Pour autant, leurs pratiques de soins ne se sont pas renouvelées profondément.

Les médecins généralistes se sont appropriés en partie les missions de santé publique dévolues par le législateur.

Ils ont ainsi participé à la réalisation des « actes et traitements à visée préventive des programmes prioritaires de prévention » financés par le fonds d'assurance maladie. Ils se sont faits les relais des campagnes nationales de prévention auprès de leurs patients, en matière de lutte contre le tabagisme ou de dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal⁶. En 1999, après extrapolation et valorisation à la France entière, l'activité libérale de prévention des médecins généralistes représentait 15% des dépenses de consultation, soit 820 millions d'euros⁷.

Mais, si l'on examine de plus près la pratique des médecins généralistes en matière de prévention, il apparaît cependant que certaines actions sont plus facilement mises en œuvre que d'autres.

Les médecins généralistes se sentent ainsi manifestement plus à l'aise dans les activités de prévention médicales que l'on peut qualifier de techniques (vaccination, dépistage, éducation des patients asthmatiques, diabétiques ou hypertendus...) que dans celles présentant une dimension éducative forte (alimentation, addictions, accidents de la vie courante...).

De plus, l'investissement des médecins dans une approche plus collective des problèmes de santé reste lié à la motivation personnelle de chacun.

Certains médecins sont pleinement investis dans leurs nouvelles missions de santé publique, et en particulier des missions de prévention organisée, d'éducation à la santé, d'accompagnement des malades chroniques, de prise en charge des problèmes de santé publique (alcool, tabac, nutrition...), ayant une démarche d'information – (sites Internet, référentiels et guides de bonne pratique, revue médicales, expériences avec les patients, contact avec des confrères...)-, participant à l'évaluation des pratiques professionnelles, à des formations spécifiques, à des réseaux de prévention. La participation à des réseaux

⁵ Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Regard Santé, La lettre de valorisation de l'ORS PACA*, 2006, n°16.

⁶ Entretien avec le docteur S., médecin généraliste.

⁷ *Santé, pour une politique de prévention durable*, IGAS, La documentation française, 2003, p.114

de santé traduit plus particulièrement la prise de conscience de certains médecins généralistes de la nécessité d'une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire. Cet investissement relève essentiellement d'une démarche personnelle, liée à leur sensibilité propre aux problèmes de santé publique : ils considèrent que la prévention fait partie du rôle du médecin libéral et réalisent le plus souvent des dépistages pour eux-mêmes.

La majorité des médecins généralistes ne s'inscrit cependant pas dans ces démarches plus systématiques, ce qui pose la question de l'efficacité de leurs actions préventives. En effet, « une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccinations, dépistages, conseils hygiénico-diététiques...) »⁸.

La loi de santé publique du 9 août 2004 et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie tendent, dans ce contexte, à revaloriser la place des médecins généralistes en élargissant et en systématisant leurs interventions en santé publique, dans un cadre d'action publique qui se veut clarifié.

1.1.2 C'est pourquoi, placé légalement en 2004 au cœur de la coordination des soins, le médecin généraliste est appelé à mieux prendre en considération les objectifs nationaux de santé publique.

Depuis août 2004 et les lois relatives à la réforme de l'assurance maladie et la politique de santé publique, le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les pratiques des médecins généralistes s'est profondément modifié. Ces derniers sont placés au cœur du système de soins primaires avec la mise en place du parcours de soins coordonnés et ils héritent d'une plus grande responsabilité en matière de santé publique en devant assurer en complément de leur rôle médical des missions de prévention et d'éducation à la santé auprès de leurs patients (A). Si l'on perçoit un infléchissement des pratiques et de la perception de l'exercice libéral, les comportements des médecins ne se sont toujours pas profondément renouvelés (B).

A) Au centre du système de soins primaires, les médecins héritent d'une plus grande responsabilité en matière de santé publique.

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie confère au médecin généraliste un rôle de coordination des soins et de suivi de la santé de ses patients.

⁸ Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, La documentation française, 2003, p.157

Le législateur confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient sur la base de son «dossier médical personnel » (DMP) tenu et géré par le médecin traitant choisi. Assurance maladie et médecins sont chargés de définir les modalités de l'accompagnement du patient tout au long de son parcours dans le système de soins. Le médecin traitant oriente ses patients vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert.

Le médecin généraliste, ayant vocation à être le plus souvent le médecin traitant, devient « le spécialiste du premier recours⁹ ». Pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique, il s'appuie sur un réseau de professionnels de santé en ville ou à l'hôpital.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique s'inscrit quant à elle pleinement dans la réforme d'ensemble de notre système de santé¹⁰.

Le texte met en relief le rôle essentiel de l'Etat garant de la protection de la santé et des objectifs de santé publique déclinés pluriannuellement. Incontestablement, il marque le renouveau de la prévention et de l'éducation à la santé en les érigeant au titre de missions régaliennes de l'Etat (art.L1411-1 CSP) et en les inscrivant au rang de priorités nationales (ex : diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les adolescents, réduction de 20% de la prévalence de surpoids et d'obésité chez l'adulte).

Les dispositions clés de la loi du 9 août témoignent en particulier d'une démarche volontariste en faveur du développement de la prévention dans le système de santé :

- La prévention des maladies, des traumatismes, des incapacités est l'un des objectifs désormais assignés à la politique de santé (art.2 de la loi, art. L1411-1 CSP). Pour cela, le ministre de la santé définit des « programmes de santé ».
- Il en va de même de l'accès à la prévention des personnes fragilisées (art. L.1411-1-1, CSP). Celui-ci est un objectif explicite des « programmes régionaux de santé publique » (PRSP).
- Dans le cadre des « programmes de santé », des « consultations de prévention et des examens de dépistages » sont institués et des « actions d'information et d'éducation pour la santé » prévues. (art.1, art.1411-7 CSP). Des dispositifs de prévention dédiés sont aussi mis en place (ex : pour les élèves et les étudiants, pour les usagers de drogues).
- Des « contrats de santé publique » sont en outre prévus afin de mieux associer les professionnels libéraux aux actions conduites en ce domaine (art. L.162-12-19 et L.162-12-20 Code de la sécurité sociale, art.10 et art.14 de la loi).
- A des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé des populations, les médecins réalisant des consultations périodiques de prévention et les examens de

⁹ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

¹⁰ P.Villeneuve, « le renouveau de la santé publique », Revue de l'infirmière, 2004.

dépistage transmettent leurs données au ministre de la santé ou aux services désignés à cet effet par le préfet de région.

La loi du 13 août 2004 va dans le même sens. Pourtant, elle reste marquée par la prégnance traditionnelle du droit de la sécurité sociale privilégiant le soin et ignorant le plus souvent la prévention. Cela dit, certaines dispositions mettent l'accent sur l'importance de la prévention :

- L'article 1^{er} affirme que l'assurance maladie en partenariat avec les professionnels de santé concourent à la réalisation des objectifs de santé publique définis par l'Etat.
- Si l'objectif du « dossier médical personnel » (DMP) est de « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins », il « comporte également un volet spécialement destiné à la prévention » (art.L.161-36-1 CSS, art.3 de la loi du 13 août).
- La « Haute autorité de santé » (HAS) a parmi ses missions, l'évaluation de « la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé [...] ».
- Les « missions régionales de santé » (MRS) doivent apporter leur appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en œuvre par le GRSP.

Dans le prolongement des lois de 2004, la Convention d'Objectifs et de Gestion 2007-2009 (COG) entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) articule la politique de gestion du risque de l'assurance maladie avec les objectifs de santé publique. Elle souligne l'importance cruciale du médecin traitant en matière de prévention. L'assurance maladie s'engage par ailleurs à mettre en œuvre des mesures incitatives en direction des professionnels de santé notamment par le truchement de rémunération complémentaire pour certains actes ciblés de prévention, la prévention devenant une des priorités des conventions passées avec les représentants des médecins.

B) Reprises par la convention nationale de 2005, les missions de santé publique sont toujours très inégalement mises en œuvre par les médecins au quotidien.

La convention nationale de 2005 et ses différents avenants 12 et 23 reprennent explicitement ces nouvelles obligations légales en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Définissant les missions du médecin traitant, la convention nationale prévoit notamment qu'il doit assurer les soins de prévention (dépistage et éducation sanitaire) et contribuer à la « promotion de la santé ». Elle rappelle que « la prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place dans le colloque singulier ». Pour cela, elle prévoit de renforcer la formation du médecin en matière d'éducation à la santé et de prévention.

L'avenant n°12 signé par l'assurance maladie et les représentants des médecins le 23 mars 2006 et approuvé par l'arrêté du 2 mai 2007 conforte la place du médecin traitant dans l'organisation du système de soins prioritairement dans le domaine de la coordination des soins et de la prévention. En cohérence avec les objectifs de la loi de santé publique, elle précise les domaines retenus en la matière : la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, le cancer du sein, les facteurs de risques pour la femme enceinte, les risques cardiovasculaires, l'obésité chez les jeunes.

Ainsi, si l'on prend l'exemple du cancer du sein, le médecin traitant a un rôle essentiel à jouer. A l'occasion d'une consultation de sa patiente, il vérifie son inclusion dans le dépistage organisé et s'assure de l'observance de la périodicité recommandée pour la mammographie. Il attire l'attention de la patiente sur les bénéfices d'un dépistage en développant une information positive de nature à lever les éventuelles réticences. Il est proposé aux médecins traitants de s'engager à accroître le taux de dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans de leur patientèle. Augmenter de manière individuelle le taux de dépistage permettra d'atteindre l'objectif collectif de 80% des femmes dépistées en 3 ans.

En 2006, les résultats colligés lors de l'enquête téléphonique réalisée auprès des médecins généralistes de PACA sur « la santé publique, la prévention et l'éducation à la santé » tendent à confirmer que si la démarche préventive est plus systématiquement mise en œuvre, l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé continuent d'occuper une place variable dans leurs pratiques¹¹.

Les actes de prévention sont plus fréquents et augmentent dans la pratique quotidienne des médecins¹². Deux tiers des médecins ont déclaré en 2006 une augmentation de la part de leur activité consacrée à la prévention et au dépistage. Ainsi, certaines actions les sont plus fréquemment mises en œuvre (proposer un sevrage tabagique aux fumeurs, proposer une mammographie aux patientes de plus de 50 ans, repérer des problèmes de poids chez l'enfant etc.). D'autres actions de prévention sont moins fréquemment intégrées dans les pratiques quotidiennes (l'utilisation de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, la proposition d'une consultation annuelle de prévention, la proposition de l'utilisation d'un carnet alimentaire chez les patients obèses).

L'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique se résument souvent à de simples informations et recommandations. Or, elle ne peuvent se réduire à des conseils sans cesse répétés mais inopérants car ne prenant pas en compte la situation particulière du

¹¹ Regard santé, n°16, 2006 ; Rapport INPES – Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes, février 2007.

¹² Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Regard Santé, La lettre de valorisation de l'ORS PACA*, 2006, n°16.

patient, son mode de vie, sa perception de la santé, ni assurant de réel suivi des démarches engagées¹³.

En dépit de la forte dimension symbolique d'une loi santé publique fondée sur une programmation par objectifs et une logique de résultats, de nombreux freins organisationnels mais également culturels empêchent une refondation en profondeur de notre système de soins en faveur d'un rééquilibrage entre curatif et préventif.

1.2 L'organisation de la médecine générale et la difficulté pour les médecins de s'inscrire dans l'organisation de la politique de santé publique constituent des freins majeurs à une véritable appropriation de leurs missions de santé publique.

La mise en oeuvre de la loi relative à la santé publique se heurte, nous l'avons constaté, à une absence de modification en profondeur des pratiques professionnelles des médecins généralistes. On peut identifier deux freins à une pleine appropriation par les médecins de leurs missions de santé publique : une organisation de la médecine générale en France, fondée sur un exercice libéral, une formation et une approche de la santé axée sur le soin et un paiement à l'acte d'une part (1.2.1) et une difficile inscription dans un dispositif législatif et réglementaire touffu et dans une démarche préventive par nature complexe d'autre part (1.2.2).

1.2.1 La difficile appropriation par les médecins de leurs missions de santé publique s'explique pour partie par les particularités de leur exercice libéral.

Enquêtes et entretiens réalisés auprès des médecins généralistes mettent en relief une représentation de leur métier peu favorable à une pleine appropriation de leurs missions de santé publique (A). Celle-ci révèle les limites des principes libéraux fondant l'organisation de la médecine (B).

- A) **De nombreux obstacles sont avancés par les médecins pour justifier leur difficulté à être les acteurs principaux de la santé publique.**

Le manque de temps et l'absence de rémunération spécifique sont les principaux obstacles à la prévention déclarés par le médecin. L'ORS de PACA relève dans son suivi

¹³ cf entretien avec Madame Levasseur, Professeur associée de Médecine générale, Faculté de médecine de Rennes, 14 mai 2007.

annuel des pratiques médicales que la question de l'insuffisante rétribution d'une pratique préventive chronophage est récurrente. Selon le Docteur G., président de l'URML de la région, « une juste rémunération est un facteur essentiel dans l'implication des médecins généralistes en matière de santé publique »¹⁴.

Le manque de formation est largement évoqué pour expliquer les difficultés que les médecins ont à mettre en œuvre prévention et éducation à la santé lors des consultations avec leurs patients.

Ils soulignent notamment l'insuffisance de leur formation initiale en santé publique et la carence de la formation continue. Près de 80% des médecins interrogés en PACA pensent que la contribution active des médecins à la mise en œuvre d'actions de santé publique suppose une formation adaptée.

Sans cela, les médecins doutent le plus souvent de l'efficacité de leurs actions de prévention et d'éducation. Ils ont le sentiment d'être efficaces en matière de dépistages ou d'éducation des patients atteints de maladies chroniques mais beaucoup moins dans les domaines présentant une dimension éducative forte, impliquant des qualités psychopédagogiques et demandant un investissement et une adhésion du patient parfois difficiles à obtenir (ex : tabagisme, alcoolisme et autres conduites à risques).

Dès lors, ils croient peu à la possibilité de faire changer les habitudes de vie ou les comportements des patients.

Les obstacles relatifs à la relation soignant-soigné et à la communication sont présentés comme un frein important à la prévention en médecine générale.

Les médecins craignent de détériorer la relation avec le patient en abordant des questions jugées trop intrusives ou sensibles. Or, les études montrent que le patient attend de son médecin des conseils et des actes de prévention. Outre un savoir technique sur la maladie et les possibilités thérapeutiques, les patients souffrant de pathologies chroniques attendent que le médecin soit à l'écoute de leur vécu et de leur individualité, qu'il établisse une relation de partenariat excluant tout paternalisme et toute infantilisation¹⁵. Pourtant, les médecins se disent mal formés à l'université pour faire passer des messages à leurs patients.

¹⁴ Entretien avec le Docteur G., Président de la commission de médecine générale de l'URML PACA, du 15 mai 2007.

¹⁵ « Relation soignant-soigné : points de vue des patients souffrant de pathologies chroniques », Education du patient, Enjeux de société, volume 22, n°1, 2004.

B) Ces obstacles sont la conséquence d'une approche libérale de la médecine fondée sur des soins prioritairement curatifs entravant la diffusion des priorités de santé publique au sein du corps médical.

La médecine générale en France s'est construite sur des principes libéraux qui valorisent le « colloque singulier » et le paiement à l'acte.

Dans le cadre de cette rencontre entre un professionnel et son patient, la prise en charge se résume trop souvent à une succession de séquences de soins, dont la coordination fait trop souvent défaut, la prévention n'y trouvant qu'occasionnellement sa place.

De la même manière, le paiement à l'acte¹⁶, perçu comme une caractéristique du statut « libéral », encourage une médecine curative et une course à l'acte. En effet, il n'incite pas les médecins à passer trop de temps à donner des conseils d'hygiène de vie à leurs patients puisque, le même malade revenant consulter pour la même pathologie, sans jamais prendre les mesures d'hygiène personnelle permettant de l'éviter ou d'en freiner les effets, entraînera chaque fois un ou plusieurs actes médicaux. Donner ainsi aux praticiens un intérêt financier à prescrire plus d'actes est non seulement coûteux pour le système de santé mais peut être aussi dommageable en terme de santé publique.

La pratique libérale de la médecine générale est également marquée par la prééminence, dans les pratiques professionnelles, de soins à visée curative et d'un recours privilégié aux technologies diagnostiques et thérapeutiques. Ce modèle curatif est intrinsèque à leur système de formation qui rend les problématiques de santé publique peu familières aux médecins¹⁷.

Le module de santé publique est enseigné en deuxième année et fortement éloigné du début de l'exercice professionnel. Réalisés par des cliniciens, peu coefficientés, les enseignements de santé publique apparaissent accessoires dans la formation médicale. La formation initiale est largement effectuée dans une logique de grande technicité médicale menant à un déficit d'attention ou d'intérêt pour tout ce qui est étranger à la démarche clinique et pour la santé publique en particulier.

Les stages se déroulent en CHU, où l'orientation prioritaire est d'intervenir sur des pathologies déclarées. Les étudiants n'ont pas de connaissance du terrain, hors de l'hôpital. Le quotidien du généraliste leur est totalement inconnu, et la logique de réseau, qui permet l'articulation de tous les acteurs concourant à la santé de la population, reste une notion floue. De plus, l'esprit même du travail d'équipe, réalisé sur le terrain entre divers professionnels d'origines différentes, leur reste étranger, n'envisageant la

¹⁶ Une lettre clé identifie l'acte et un coefficient permet sa tarification.

¹⁷ Gwénola Levasseur, « Loi de santé publique et médecine générale », Santé publique 2004, volume 16, n°4.

collaboration interprofessionnelle que sous l'angle du rôle omnipotent du médecin prescripteur de soins, schéma classique à l'hôpital.

1.2.2 Elle s'explique par ailleurs par la difficulté pour les médecins à s'inscrire dans les dispositifs de la politique de santé publique en France.

Le médecin généraliste peine à s'inscrire dans une démarche de santé publique qui se révèle complexe à deux titres : d'une part du fait de l'accumulation de textes législatifs et réglementaires qui évoluent rapidement (A), d'autre part, du fait de la complexité intrinsèque de la démarche de prévention compte tenu de la spécificité de la relation au patient qu'elle implique (B).

A) Malgré un effort de rationalisation dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique, les médecins parviennent difficilement à trouver leur place.

Les médecins généralistes ont une connaissance très limitée des dispositifs législatifs et réglementaires relatifs à la santé publique qui sont nombreux, évoluent rapidement et impliquent des niveaux d'administration et des acteurs multiples.

En 2003, l'IGAS soulignait les difficultés de la politique de santé liées au « morcellement des compétences et des missions de prévention entre l'Etat et les collectivités territoriales »¹⁸ et à l'autonomie de l'assurance maladie en matière de financement des actions de prévention. Difficile dès lors pour un professionnel de santé contraint par le temps et non initié au fonctionnement de l'administration de s'informer, de comprendre et plus encore de participer à la politique de santé publique – au travers des conférences régionales de santé- et d'identifier son rôle et ses missions en tant qu'acteur de santé publique.

La loi de santé publique du 9 août 2004 a eu pour ambition de clarifier le dispositif de santé publique : elle affirme la responsabilité de l'Etat dans l'élaboration de la politique de santé publique au niveau national et dans sa mise en œuvre au niveau régional, les collectivités territoriales et l'assurance maladie devant s'associer à la réalisation des objectifs et actions ainsi déterminés et planifiés dans le cadre des GRPS.

Cependant, il demeure difficile de s'y retrouver dans les priorités et les dispositifs développés : des actions engagées avant la loi de 2004 continuent d'être mises en œuvre, les objectifs et les plans fixés par la loi de santé publique sont nombreux, les outils prévus (consultation périodique de prévention et contrat de santé publique) demeurent au

¹⁸ Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, La documentation française, 2003, p.121.

stade de l'expérimentation. De plus, si l'article premier de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie affirme que les régimes d'assurance maladie, en partenariat avec les professionnels de santé, « concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat », aucune mention ne concerne précisément les modalités de financement des objectifs, plans et programmes inscrits dans la loi de santé publique. Enfin, le rôle du médecin généraliste vis-à-vis des autres acteurs de la santé publique (centres de santé, hôpital, personnel infirmier, personnel de l'éducation nationale, assistantes sociales, éducateurs...) et les modes de collaboration avec eux n'ont pas été précisés, conduisant à une dilution des responsabilités.

Les URML qui assurent « la représentation des médecins auprès des institutions, l'information et la formation des médecins libéraux » ne parviennent pas complètement à assurer ce rôle : la participation des médecins à l'élaboration des PRSP demeure limitée, la diffusion de l'information sur la politique de santé reste parcellaire compte tenu de la complexité des dispositifs.

Outre la difficulté à s'inscrire dans un dispositif législatif et réglementaire complexe, les médecins généralistes sont confrontés à la spécificité de la démarche de santé publique elle-même.

B) Par ses spécificités, la démarche préventive n'a pas toujours les faveurs des médecins et de leurs patients.

Cette spécificité de la démarche en santé publique est d'une part liée au fait que « la prévention moderne, pour de larges pans de son champ, est encore soumise au principe d'incertitude, en raison du caractère multifactoriel des déterminants de santé et des limites de ces outils »¹⁹ : l'environnement socio-économique (accès à l'enseignement et aux services collectifs, normes culturelles relatives à l'alcool, au tabac, aux activités sportives...), les facteurs psychosociaux liés à l'organisation du travail et au stress qu'elle génère constituent ainsi des déterminants de santé dont il apparaît qu'ils sont particulièrement difficiles à prendre en compte dans le suivi médical d'un individu ; les controverses parfois vives entre épidémiologistes tendent à fragiliser la prise de décision politique relative à la santé publique, vis-à-vis de la population et des professionnels de santé qui ont en charge de relayer ces données. La politique de santé publique se trouve encore marquée par l'incertitude liée à ses résultats qui ne peuvent véritablement être évalués que sur le long terme.

¹⁹ *Santé, pour une politique de prévention durable*, IGAS, La documentation française, 2003, p.80

Traversée de nombreuses incertitudes, la politique de prévention soulève d'autre part des problèmes éthiques : comment garantir que l'approche collective de la santé publique respecte les représentations de la santé et de la maladie de chacun et assure l'existence de bénéfices individuels prouvés et supérieurs aux inconvénients de la politique de prévention comme l'illustre la question de l'obligation vaccinale ou celle de la pratique du dépistage lorsque aucune intervention immédiate n'est envisageable ? Comment éviter que les politiques de prévention ciblées vers des populations à risques ne conduisent à une forme de stigmatisation des modes de vie et de normalisation sociale ?

Comme on peut le constater, la démarche de santé publique du médecin vis-à-vis du patient n'est pas aisée et se distingue par plusieurs aspects de la démarche curative : la prévention conçue comme promotion de la santé ne se focalise pas sur une affection ou une action, elle vise à donner au sujet la responsabilité de sa santé et de son maintien et est tributaire de modification de son comportement. Il s'agit pour le médecin de susciter la demande de prévention – le patient n'étant souvent pas spontanément demandeur ni sensibilisé à la démarche préventive-, de la justifier - car à quel titre se permettrait-on une intrusion dans l'intimité des personnes ? Le rôle du médecin est de faire émerger chez le patient la motivation pour qu'il utilise les moyens qu'il lui propose et devienne véritablement acteur de son traitement : le médecin passe ainsi du rôle de prescripteur à celui de conseiller, ce qui représente un changement culturel essentiel dans la pratique médicale.

On le voit, il existe des freins majeurs à l'appropriation par les médecins généralistes de leurs missions de santé publique, des freins enracinés dans l'organisation de la médecine générale et dans celle de la politique de santé publique. Faut-il dès lors considérer que le médecin généraliste ne peut définitivement pas être un acteur clé de la mise en œuvre des politiques de prévention ? Le rôle privilégié du médecin généraliste dans la prise en charge des soins primaires de la population semble interdire cette position : il apparaît au contraire qu'il faut, pour développer une politique de santé publique efficace, s'appuyer sur les atouts que présentent potentiellement les médecins généralistes et parvenir à susciter des évolutions culturelles et organisationnelles.

2 Pourtant, la place essentielle du médecin généraliste dans le système de soins primaires doit inciter le législateur à proposer, dans la continuité des lois de 2004, de nouveaux leviers le confortant comme acteur de santé publique.

Les médecins généralistes présentent des atouts incontestables pour devenir pleinement acteurs de la mise en œuvre des politiques de santé publique, du fait du réseau de proximité particulièrement dense qu'ils constituent et de leur capacité à opérer l'articulation entre les aspects collectifs et individuels de la santé au travers du colloque singulier (2.1). L'exemple des systèmes de santé britannique et américain montre que le médecin généraliste peut jouer ce rôle central de « *gate keeper* », de point d'entrée dans le système de soins, ce qui conduit, sans calquer ces modèles, à envisager des réformes pragmatiques du système de santé français (2.2).

2.1 Le médecin généraliste peut constituer un acteur important de la réorientation du système de santé vers une meilleure intégration des préoccupations de santé publique.

2.1.1 Les médecins généralistes constituent un réseau de proximité propice au développement d'actions de santé publique.

Le maillage médical du territoire est un atout de santé publique à préserver (A) d'autant plus que les médecins généralistes adhèrent en grand nombre au principe d'une délégation de missions de santé publique (B).

- A) **Malgré les difficultés de la démographie médicale, les médecins généralistes sont à même de constituer un vrai réseau de proximité en santé publique.**

L'apport du secteur libéral dans la dispensation des soins de proximité est manifeste dans l'organisation actuelle de notre système de santé : les médecins généralistes forment la première ligne des soins de santé, 96% de la population déclarant se rendre chez le médecin généraliste en première intention. Le maillage médical du territoire permet une proximité géographique du médecin généraliste, qui participe de l'égal accès à la prévention et aux soins : on dénombre 172 généralistes pour 100 000 habitants, contre 135 en Allemagne pour une organisation similaire de la médecine générale et respectivement 56 et 54 médecins généralistes pour 100 000 Habitants au Royaume-Uni

et en Suède²⁰. De plus, selon l'ONDPS, seuls 4% de la population ne bénéficient pas d'un accès normal aux soins primaires.

Les problèmes de démographie médicale qu'ils concernent des zones particulières (zones rurales, zones urbaines sensibles) ou des perspectives d'évolution (les projections de la DREES à l'horizon 2015 font état d'une diminution de 13% du nombre de médecins généralistes, à laquelle s'ajoute une réduction de temps de travail des médecins généralistes liée aux aspirations nouvelles des jeunes médecins et à la féminisation de la profession) sont connus.

Toutefois, cette tendance d'évolution à la baisse des effectifs ne devrait pas remettre en cause le niveau convenable de la densité médicale sensiblement comparable à celui constaté dans les années 1980. De plus, l'enjeu d'une présence des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire est pris en compte par les Missions régionales de santé qui ont adopté des mesures très concrètes pour inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires. On peut ainsi citer les aides financières attribuées par l'assurance maladie, par l'Etat, par les collectivités territoriales, les contrats passés entre les médecins généralistes et les URCAM qui incitent au regroupement des professionnels de santé, notamment dans les zones déficitaires ou qui prévoient des engagements en matière d'installation ou de maintien dans les zones de faible densité médicale en contrepartie d'une rémunération forfaitaire.

Il apparaît d'autant plus important de s'appuyer sur ce réseau de proximité pour développer des actions de santé publique qu'il constitue un lieu d'accès à la prévention essentiel pour les personnes défavorisées. En effet, les populations précaires ont un accès plus limité aux services de prévention (impossibilité d'accès à la médecine du travail, moindre fréquentation des consultations de médecine scolaire suite au décrochage scolaire, accès plus restreint aux campagnes médiatiques, moindres recours spontanés à des centres de dépistage...) et ont une préférence pour le médecin généraliste, au détriment du spécialiste²¹.

B) La préservation de ce réseau de proximité est d'autant plus nécessaire que les médecins adhèrent au principe d'une délégation de missions de santé publique.

Comme nous l'avons déjà précisé, les actes de prévention dans la pratique quotidienne des médecins sont fréquents et même en augmentation et plus de la moitié d'entre eux considèrent qu'ils devraient s'impliquer davantage dans les actions de

²⁰ HARTMANN (L.), ULMANN (P.), ROCHAIX (L.), L'accès aux soins de premiers recours en Europe, *Revue française des affaires sociales*, janvier 2006.

²¹ HÉREMANS (P.), DECCACHE (A.), Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés, *Santé publique*, juin 1999, p.225.

prévention. Le docteur S.²² souligne ainsi : « Le système de soins doit devenir un système de santé. Dans 50 ou 60 ans, la médecine sera pour l'essentiel une médecine prédictive (...) or les médecins se rendent compte que les missions de santé publique font partie de leur métier, qu'ils ne peuvent plus se limiter aux soins, peu ont été réfractaires aux dépistages – du cancer colorectal par exemple qui est désormais préconisé pour les personnes entre 50 et 74 ans ».

Les médecins apparaissent également désireux de formations spécifiques en santé publique comme l'affirme le docteur S. : « concernant les risques de pandémie grippale, de grippe aviaire, comme en matière de cancer colorectal, il est nécessaire de former les médecins généralistes car ce sont eux qui sont en première ligne ». Le docteur P. propose quant à lui que la formation à la santé publique soit plus importante pendant les études.

Outre les atouts que constituent ainsi le maillage territorial assuré par les médecins généralistes et leur adhésion à un renforcement de leurs missions de santé publique, ces professionnels de santé, au travers du colloque singulier instauré avec le patient, sont au cœur de l'articulation entre les politiques de santé engagées aux niveaux national et régional et leur déclinaison au niveau individuel.

2.1.2 Le « colloque singulier » peut favoriser la diffusion d'une culture de santé publique auprès des patients.

Par la place privilégiée qu'il occupe au plus près de ses patients (A), le médecin généraliste est en mesure de concilier approches individuelle et collective dans la prise en charge de leur santé (B).

A) Le colloque singulier place le médecin généraliste dans une relation privilégiée de confiance lui permettant de connaître les besoins de santé de ses patients.

Les médecins généralistes constituent les professionnels de santé les plus proches et les plus fréquemment en contact avec la population. Souvent qualifiés de « médecins de famille », ils ont la possibilité d'instaurer sur la durée une relation de confiance avec les patients. Ils prennent ainsi connaissance de l'histoire familiale, des modes de vie et des représentations de la santé des patients. Les dispositifs du médecin traitant et du dossier médical personnel tendent à renforcer ses capacités de suivi médical sur le long terme.

²² Entretiens avec des médecins généralistes, mai 2007.

Selon Mme L.²³, chargée de mission à l'URCAM PACA, « le dispositif du médecin traitant, qui évite le nomadisme médical et permet ainsi le développement d'une relation durable, d'un suivi régulier et personnalisé des patients, confère au médecin généraliste un rôle de premier plan en matière de prévention (obésité, suicide...) ».

B) Il favorise une bonne articulation entre approche individuelle et collective des problèmes de santé.

Les médecins généralistes occupent dès lors une position privilégiée pour relayer les actions de santé menées au niveau national et déclinées aux niveaux régional et local public auprès des patients en tenant compte de leurs caractéristiques individuelles, de leurs mode de vie, de leurs convictions, de leurs antécédents personnels et familiaux.

Ce rôle d'articulation des aspects collectifs et individuels de la santé que peuvent jouer les médecins généralistes apparaît crucial dans la prise en charge des personnes défavorisées. Le médecin peut en effet, au travers du colloque singulier, susciter la demande de prévention qui n'est souvent pas présente dans ces milieux, adapter le message et les actions de santé publique pour qu'elles soient comprises et progressivement intégrées aux comportements, développer une démarche de revalorisation et de soutien des personnes défavorisées qui attachent parfois peu d'attention à leur corps et à leur santé.

Compte tenu des atouts qu'ils présentent en tant qu'acteurs de la santé publique, comment faire en sorte que les médecins généralistes puissent jouer concrètement ce rôle ?

2.2 Dès lors, des pistes de réforme peuvent être envisagées pour faire du médecin généraliste un acteur essentiel de la politique de santé publique.

Des expériences étrangères enseignent que le rôle du médecin généraliste en santé publique peut être fondamental (2.2.1). Si elles ne sont pas reproductibles compte tenu du cadre culturel et organisationnel dans lequel s'inscrit la médecine générale française, elles plaident en faveur d'une réorganisation pragmatique du système français afin d'amener plus radicalement le corps médical à inscrire de façon plus systématique ses pratiques dans des problématiques de santé publique (2.2.2).

²³ Entretien téléphonique avec Mme L., chargée de mission à l'URCAM PACA, 14 mai 2007.

2.2.1 Des expériences étrangères mettent en évidence la possibilité d'articuler autour du médecin généraliste une politique de santé publique.

- A) Dans le modèle britannique, le « gate keeper » s'insère dans une organisation très centralisée de la politique de santé publique.

Le système de santé britannique peut être considéré comme un modèle d'étatisation du système de santé. Les médecins généralistes y sont directement rémunérés par le « National Health Service » (NHS), le système de santé organisant une offre de soins gratuite pour les patients.

Cette organisation place le médecin généraliste dans un rôle pivot. Il est le « gate keeper », le point d'entrée obligatoire du système de santé. Les médecins généralistes sont pour la plupart regroupés au sein de cabinets médicaux. Les patients sont inscrits sur des listes par cabinet (98% des britanniques sont sur une liste). Ces cabinets associent différents professionnels de santé : médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, personnels administratifs. Les infirmières exercent au sein de ces cabinets des compétences élargies : elles réalisent l'interrogatoire initial des patients, le suivi des maladies chroniques, des femmes enceintes, des nourrissons, les vaccinations et ont une fonction importante dans l'éducation à la santé. En outre, les infirmières spécialisées peuvent directement réaliser des prescriptions.

Par ailleurs, le mode de rémunération est pour le moins original puisque les médecins généralistes ne sont que pour partie rémunérés pour la part de leur activité curative. La capitation fournit une rémunération forfaitaire par patient, variable en fonction de l'âge des patients ; une rémunération à l'acte pour les visites de nuit et les vaccinations vient compléter ces revenus. Une part fixe, dégressive en fonction du nombre de patients inscrits au cabinet, vient couvrir les charges de fonctionnement.

En revanche, les médecins généralistes britanniques bénéficient d'une rémunération spécifique concernant leurs actions de santé publique. La rétribution se fait par l'attribution d'une enveloppe globale pour chaque cabinet, dont la détermination est réalisée par des unités locales. A cette enveloppe s'ajoute chaque année des points supplémentaires qui sont fonctions de la réalisation d'objectifs de santé publique – les « target payments ». Il s'agit là d'un véritable intéressement sanitaire.

B) Le « primary care physician » aux Etats-Unis s'intègre dans un système non étatisé structuré sur la base de groupements privés.

Le système de santé américain, système non étatisé largement structuré sur la base de groupements privés, confère également un rôle central au médecin généraliste, qui officie au sein des HMO (« Health Maintenance Organization »). Les HMO sont des organisations ou réseaux de soins qui intègrent et coordonnent, pour le compte de leurs adhérents, la fonction d'assurance de santé (publique ou privée) et les prestations de soins et de maintien en bonne santé.

Dans ce système, l'assuré s'engage à toujours consulter le même médecin du centre (système de « gate keeper ») sauf en cas d'urgence. Ce dernier coordonne le traitement du patient et perçoit en contrepartie une somme forfaitaire mensuelle. Ce forfait couvre tous les soins reçus par cet assuré qu'ils soient dispensés par le médecin, par des spécialistes ou à l'hôpital.

Ce système de paiement sur une base forfaitaire incite le médecin HMO à ne prescrire que les traitements nécessaires car rien ne l'incite à augmenter le volume de prescriptions médicales. Fondé sur un choix limité de fournisseurs de prestation, cette organisation a pour objectif premier de préserver la santé des assurés. Tous les partenaires impliqués ont un intérêt commun : que l'état de santé des assurés soit le meilleur possible et que les coûts ne soient pas trop élevés. Dans ces programmes, la prévention et l'éducation à la santé sont des éléments importants qui peuvent être considérés comme des investissements à long terme. L'accent est mis sur la formation et l'information des assurés pour les amener à des conduites personnelles cohérentes avec leur santé. D'autre part un diagnostic précoce des maladies chroniques et l'éducation des personnes en présentant les risques sont effectués.

Ces deux exemples étrangers bien que très éloignés du système de santé français ont le mérite de démontrer l'importance du rôle du médecin généraliste dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. Toutefois, il semble illusoire d'imaginer une transposition en l'état de l'un de ces modèles en France qui impliquerait la rupture avec un modèle historiquement éprouvé et intégré dans la culture des professionnels de santé comme dans celle des usagers du système de santé. Il est néanmoins possible d'imaginer s'inspirer de ces exemples dans le cadre d'une adaptation à notre système français.

2.2.2 Des réformes pragmatiques en France inciteraient le médecin généraliste à investir pleinement ses missions de santé publique.

Afin de permettre une évolution profonde des pratiques médicales dans le sens d'une meilleure prise en compte des actions de santé publique, une nouvelle culture professionnelle doit émerger (A). Elle doit être accompagnée par le déploiement d'un nouvel outil contractuel de santé publique ambitieux dans ses objectifs, lisible dans ses modalités organisationnelles et incitatif dans ses modes de rémunération (B)

- A) Réforme de la formation médicale, dynamisation du travail en réseau et délégation de tâches constitueraient le socle d'une nouvelle culture professionnelle associant davantage soins curatifs et santé publique.

Intégrer à la culture médicale française la santé publique représente un enjeu essentiel pour une adhésion plus importante des professionnels aux politiques de santé publique. Il est nécessaire de promouvoir un dispositif rénové de formation permettant au médecin de s'approprier pleinement les problématiques de santé publique et les missions qui leur incombent. Il convient donc de préconiser une modification du cursus de formation initiale des médecins mais également de développer des actions de formation continue en santé publique auprès des professionnels déjà en activité.

La dimension curative de la santé demeure au cœur de la formation initiale des médecins malgré un module de santé publique inscrit en 1^{er} et 2^{ème} cycle de leur cursus. Le rapport Toussaint²⁴ plaide pour une véritable « formation d'éducation à la santé » pluridisciplinaire associant la psychologie, la communication, la sociologie ou encore l'anthropologie et dispensée par une équipe reflétant cette pluridisciplinarité afin que la santé ne soit plus le monopole des cliniciens. De même, les enseignements en santé publique des médecins pourraient se faire sur la base de « troncs communs » avec d'autres professionnels du champ sanitaire²⁵ (les infirmières notamment) à l'instar de la formation des étudiants britanniques en stage dans des centres pluridisciplinaires et dès lors amenés à travailler avec d'autres acteurs du secteur sanitaire et social.

La diffusion de la santé publique dans les pratiques de soins suppose aussi d'accompagner les médecins en activité. La formation médicale continue (FMC) est alors un levier important à mobiliser. L'assurance maladie doit poursuivre ses efforts en matière d'indemnisation pour le suivi des sessions de formation continue.

²⁴ Rapport d'étape Stratégies nouvelles de prévention, Commission d'orientation Prévention, présidée par J-F Toussaint, 11 septembre 2006.

²⁵ G.Levasseur, professeur associée de médecine générale, faculté de médecine de Rennes, entretien du 14 mai 2007.

Une meilleure prise en compte de la santé publique dans les missions du médecin généraliste passe également par son implication plus forte au sein des réseaux.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. Ceux-ci permettent un décloisonnement entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive dans le monde médical mais aussi paramédical, éducatif et social et mettent en relation les actions de prévention avec le soin et la réinsertion.

Le réseau est aussi une dynamique d'acteurs, un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles (références de pratiques, travail collectif, valeurs professionnelles), en d'autres termes un lieu d'expérimentation sociale au sens plein du terme.

Les médecins généralistes devraient alors s'intégrer systématiquement dans des réseaux de santé prévus par les PRAPS, en relation avec le SROS et les PMT pour garantir une prise en charge globale du patient, en relation avec tous les professionnels concernés.

Enfin, une réflexion sur une redistribution des compétences semble opportune. Les infirmières pourraient se voir transférer une partie des compétences jusqu'ici détenues par les médecins en matière de santé publique. Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière en énonçant notamment que l'éducation, la prévention, la participation à des actions de santé publique relève des tâches dévolues aux infirmières paraît dessiner une évolution dans ce sens²⁶. Il serait intéressant d'aller plus loin, en instaurant une véritable délégation de compétences comme le préconise le rapport BERLAND²⁷.

En 2006, une première expérience en médecine générale a été mise en œuvre par l'Association De Santé Libérale en Equipe (ASALEE) à l'initiative de l'URML de Poitou-Charente dans le cadre juridique de la coopération entre professionnels de santé (arrêté du 7 avril 2006). Son but est d'organiser et d'évaluer la coopération en milieu rural et semi-rural d'infirmières déléguées en santé publique (IDSP) avec des médecins généralistes sur le mode de la délégation de tâches. Un des protocoles porte sur le dépistage et le suivi du diabète de type 2. Il prévoit la mise en place d'une consultation infirmière prescrite par le médecin et un suivi renouvelé tous les 4 mois. L'intervention de l'infirmière, salariée du cabinet, se situe à 3 niveaux : (1) délivrer et rappeler les conseils d'hygiéno-diététiques, (2) offrir aux patients un temps supplémentaire d'expression et d'écoute, (3) s'assurer que les examens de suivi sont faits et les saisir dans les dossiers

²⁶ J. POMMIER, J-P. DESCHAMPS, *Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations*, Santé publique 2004, vol. 16, n°2, pp. 197-206

²⁷ Y. BERLAND, Rapport de la mission *coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences*, Ministère de la santé, 2003, 57 pp.

médicaux en programmant une alarme s'ils n'ont pas été réalisés en temps et en heure²⁸. L'expérience peut préfigurer l'exercice médical de demain qui institutionnaliserait la coopération entre professionnels de santé par le biais de la délégation des tâches et le partage des compétences.

B) Un nouveau « contrat de santé publique » simplifiant et complétant les dispositifs actuels favoriserait l'adhésion des médecins à la démarche de promotion de la santé publique voulue par le législateur.

Pour positionner le médecin généraliste dans un rôle de « pivot » quant à la mise en œuvre des politiques de santé publique, il convient d'envisager des modalités pour une adaptation progressive du statut professionnel du médecin généraliste. Un nouveau « contrat de santé publique » s'inspirant du « contrat sanitaire » tel qu'il a été mis en œuvre pour les vétérinaires pourrait permettre de consolider la place de la santé publique dans les pratiques médicales. A partir des dispositifs existants, ce nouveau contrat définirait (1) les missions de santé publique du médecin, (2) le cadre réglementaire dans lequel s'inscrivent les consultations prévention instituées par la loi du 9 août 2004 et (3) reformerait en profondeur les modes de rémunération afin d'en faire un outil incitatif déterminant.

Ce contrat devrait d'abord lever le flou juridique quant à la place du médecin généraliste dans la politique de santé publique. Les enquêtes et entretiens auprès des médecins généralistes mettent en évidence que ceux-ci ne se sentent pas toujours clairement investi d'un mandat de santé publique vis-à-vis de leurs patients. L'intervention d'une multiplicité de professionnels et d'organismes dans les actions de santé publique est une source de dilution des compétences et responsabilités. Les lois de 2004 ne permettent pas de lever l'ambiguïté sur les missions des généralistes. Le contrat proposé « officialiserait » donc le rôle du médecin en définissant les missions qui lui sont attribuées (prévention – dépistage – éducation thérapeutique – veille sanitaire) tout en affirmant la complémentarité de ses interventions avec les autres professionnels de santé publique. Leurs interventions en prévention primaire plus particulièrement (tabac, alcool, nutrition, sexualité etc.) devront être précisées pour compléter efficacement les actes de prévention déjà effectués dans leur activité (vaccinations, examens médicaux de la petite enfance etc). L'éducation thérapeutique du patient, si utile dans la prise en charge des patients atteints de maladie chroniques, serait dans ce cadre une mission prioritaire.

²⁸ Elle retranscrit également son intervention dans ces dossiers pour assurer la cohérence et le suivi.

La loi du 9 août 2004 a créé les « consultations de prévention » de façon à mieux intégrer les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes dans une démarche préventive. Cependant, le cahier des charges de cette consultation reste peu précisé²⁹. Pour en faire l'un des principaux outils du médecin, le nouveau contrat proposerait un cadre organisationnel et un contenu structurant guidant cette consultation. La consultation devant pouvoir s'adapter aux problèmes de santé spécifiques de chacun et aux conditions locales de l'organisation du système de soin, cela implique :

- Une information régulière par les caisses d'assurance sur les pathologies les plus fréquentes que le médecin peut rencontrer dans sa patientèle compte tenu de sa structure par âge, sa répartition socioprofessionnelle et sa localisation géographique ;
- Un accès immédiat par serveur aux règles validées de prise en charge de chaque risque et de chaque déterminant pour mettre en œuvre les interventions de prévention les plus potentiellement bénéfique au moindre risque ;
- Une connaissance, par accès à un annuaire en ligne régulièrement mis à jour, des structures d'aval organisées et des professionnels de santé (réseaux et filières de santé) permettant une prise en charge efficiente ;
- Une prise en charge individualisée supposant le développement d'outils d'aide à la décision en matière de prévention. Le manque de formation du médecin à une démarche d'analyse et de gestion des risques individuels est une barrière à la mise en œuvre d'une démarche structurée de prévention³⁰. L'adhésion au contrat donnera accès à une formation indemnisée à un logiciel fourni gratuitement et conçu dans cette perspective. L'expérience du logiciel « EsPeR »³¹ (Estimation personnalisée des risques) pourrait servir de base à l'élaboration d'un outil de formation des professionnels à la prévention et de guide pratique du médecin dans la conduite de consultation de prévention ;
- Une formation adaptée palliant les carences des compétences des médecins dans le champ de la prévention et du dépistage mais également en matière de communication et de négociation. L'adhésion au contrat serait conditionnée à un engagement de participation régulière aux actions de formation proposées dans ces domaines.

Un volet important de ce nouveau contrat de santé publique devrait porter sur les modalités de rémunération. Sur le modèle du contrat sanitaire proposé aux vétérinaires, le législateur devra s'engager de façon très volontariste sur la voie d'une remise en cause de la rémunération à l'acte en matière de santé publique³². L'adhésion au contrat de santé

²⁹ Isabelle Colombet, Joël Ménard, « Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges », Revue Médecine, février 2007, p 79-82.

³⁰ Résultat obtenu dans le cadre d'une étude qualitative en collaboration avec les URML des régions Bretagne et Poitou-Charente.

³¹ Serveur en ligne d'estimation personnalisée des risques, conçu par le professeur J.Ménard et son laboratoire de santé publique.

³² Communiqué de presse de la Société française de santé publique (SFSP), 4 décembre 2006.

publique devrait avoir des retombées financières conséquentes. Les activités liées à des missions de santé publique devront représenter une source importante de leurs revenus (un objectif envisageable : jusqu'à 30% de leurs revenus annuels).

Pour inscrire les médecins dans de multiples activités de santé publique (ex : participation à un réseau sentinelle de surveillance, activités d'éducation pour la santé, participation à un réseau, activités éducation thérapeutiques etc.), un glissement vers une rémunération forfaitaire est envisagé. Il faut, en effet, forfaitiser sur la base d'un contrat de santé publique des missions spécifiques. Une première étape prendrait la forme d'une contractualisation à la carte s'appuyant sur les savoir-faire des médecins qui s'élargiront progressivement par le déploiement d'une politique de formation volontariste en matière de santé publique.

Un mécanisme d'incitation financière sur le modèle britannique du système de « target payments » pourrait être institué. La réalisation d'objectifs de santé publique (ex : objectif de taux de couverture vaccinale aux différents âges de la vie ou encore de taux de participation de certaines catégories aux actions de dépistage de cancer) individuellement définis par le contrat serait alors rémunérée en sus du forfait attribué pour les actions courantes de prévention.

Conclusion

Prenant acte de la lente modification des pratiques médicales depuis le début des années 1990, les réformes de 2004 visent à promouvoir et systématiser une démarche de santé publique chez les médecins généralistes. Placés au cœur de la coordination des soins par le législateur, les médecins sont appelés à mieux prendre en considération les objectifs de santé publique définis pluriannuellement par la représentation nationale. Cependant, prévention et éducation à la santé sont très inégalement mises en œuvre dans leurs pratiques quotidiennes même si des évolutions, impulsées par la convention nationale de 2005, sont perceptibles.

La laborieuse appropriation par les médecins généralistes de leurs missions de santé publique s'explique par les particularités de leur exercice libéral mais également par la difficulté pour eux à s'inscrire dans les dispositifs complexes et pas toujours lisibles de la politique de santé publique française. De plus, la démarche préventive n'a pas toujours les faveurs des médecins et de leurs patients.

Pourtant, les médecins généralistes constituent un réseau de proximité propice au développement d'actions de santé publique alors que le « colloque singulier » peut favoriser la diffusion d'une telle approche auprès des patients. A ce titre, des pistes de réforme doivent être envisagées pour faire du médecin généraliste un acteur essentiel de la politique de santé publique. Réformer la formation médicale, dynamiser du travail en réseau et encourager la délégation de tâches à des professionnels paramédicaux constitueraient le socle d'une nouvelle culture professionnelle associant davantage soins curatifs et santé publique. De plus, un nouveau « contrat de santé publique » simplifiant et complétant les dispositifs actuels pourrait être proposé aux médecins pour encourager leur adhésion à la démarche de promotion de la santé publique.

Cependant, les représentations tant sociales et professionnelles du rôle du médecin induisent un tropisme fortement curatif de notre système de santé. Ce frein culturel nécessite une volonté forte des pouvoirs publics pour réorganiser la prise en charge de la population autour de problématiques de santé publique. Celle-ci suppose un véritable débat public sur l'organisation de la médecine générale et les limites du système libéral. Enfin, même si les grands choix de prévention et d'éducation à la santé fondés sur des données scientifiques nationales et internationales nécessitent un cadre national, un accès au plus près des citoyens, et en particuliers de ceux les plus éloignés de la prévention pour des raisons culturelles et sociales, doit être organisé. Cela implique de reconnaître et de valoriser le rôle du généraliste dans ses missions de santé publique en

faisant confiance à son pragmatisme, sa capacité d'innovation et d'adaptation sur le terrain aux attentes des patients. La diversité des choix faits permettra alors une évaluation comparative que les pouvoirs publics doivent encourager afin d'identifier « les bonnes pratiques » à promouvoir.

Bibliographie

Aulagnier M, Videau Y, J, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecin généralistes en PACA, La Revue du praticien, 2007 (à paraître).

Berland Y. Rapport de la mission coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences, Ministère de la santé, 2003.

Bouton R. Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique, ADSP, n°50, mars 2005.

Colombet I, Ménar J. Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges ?, Médecine, février 2007.

Grémy F. Pourquoi est-il si difficile de greffer l'enseignement de la santé publique sur notre système de santé ?, ADSP, n°55, juin 2006.

Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premiers recours en Europe, Revue française des affaires sociales, janvier 2006.

Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. Santé publique, juin 1999.

IGAS, Pour une politique de prévention durable, La Documentation française, 2003.

INPES, Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes.

Karrer M, Buttet P, Vincent I, et al. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès des femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. Santé publique, 2004.

Levasseur G. Loi santé publique et médecine générale. Santé publique, 2004.

Levasseur G. Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action, Education du patient – Enjeux de société, volume 21, n°4, 2002.

Malice A, Fierens M, Wathelet D. Relation soignant-soigné : points de vue des patients souffrant de pathologies chroniques, Education du patient – Enjeux de société, volume 22, n°1, 2004.

Ménard J. La consultation périodique de prévention, Rapport, 31 mars 2006

ORS Paca. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Regard Santé, La lettre de valorisation de l'ORS PACA, 2006, n°16.

Paraponaris A, Ventelou B, Combes J et al. Les médecins généralistes face aux réformes : les réactions du panel de médecins libéraux de la région Paca, Médecine Sciences, 2007 (à paraître).

Pommier J, Deschamps J-P. Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations, Santé publique, volume 16, n°2, 2004.

Tabuteau D. Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois du 9 et 13 août 2004. Droit social, 2006.

Toussaint J-F. Rapport de la commission d'orientation de la prévention, Stratégies nouvelles de prévention, Ministère de la santé, 2006.

Ventelou B, Paraponaris A, Verge P. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Revue française des affaires sociales, 2005.

Villeneuve P. Le renouveau de la santé publique : la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Revue de l'infirmière 2005.