



INTER SYNDICALE NATIONALE  
AUTONOME REPRÉSENTATIVE  
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

**CONTRIBUTION**

**Mars 2022**

***PROPOSITIONS DE L'ISNAR-IMG  
POUR LES ÉLECTIONS  
PRÉSIDENTIELLES***

**ISNAR-IMG**

286 rue Vendôme – 69003 LYON

Tél. 04 78 60 01 47 – Mail. [contact@isnar-img.com](mailto:contact@isnar-img.com)

# SOMMAIRE

---

<b>I. Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>II. Accès aux soins .....</b>	<b>3</b>
A. Contexte .....	3
B. Propositions .....	4
<b>III. Formation médicale .....</b>	<b>7</b>
A. Contexte .....	7
B. Propositions .....	7
<b>IV. Ecologie .....</b>	<b>9</b>
A. Contexte .....	9
B. Propositions .....	9
<b>V. Numérique en santé .....</b>	<b>12</b>
A. Contexte .....	12
B. Propositions .....	12
<b>VI. Santé Publique .....</b>	<b>13</b>
A. Contexte .....	13
B. Propositions - Santé Mentale.....	13
C. Propositions - Grand Âge .....	14
D. Propositions - Précarité .....	16
E. Propositions - Santé Sexuelle.....	17

# I. INTRODUCTION

---

Depuis 2004, l'ISNAR-IMG, forte de ses 4600 adhérents, est force de propositions sur toutes les thématiques relatives à la santé et à la formation des futurs médecins généralistes.

En cette année d'élection présidentielle, plusieurs sujets touchant directement les internes de Médecine Générale sont au cœur des débats : l'accès aux soins et la démographie médicale, l'écologie, l'aide aux personnes précaires...

Bien qu'une grande partie des mesures proposées soient d'ordre législatif, une partie d'entre elles relèveront des futures négociations conventionnelles, gage de dialogue direct avec les syndicats professionnels. La prochaine convention médicale devant être discutée pour une signature prévue en mars 2023, nous serons attentifs à ce que les propositions de ce document y soient discutées.

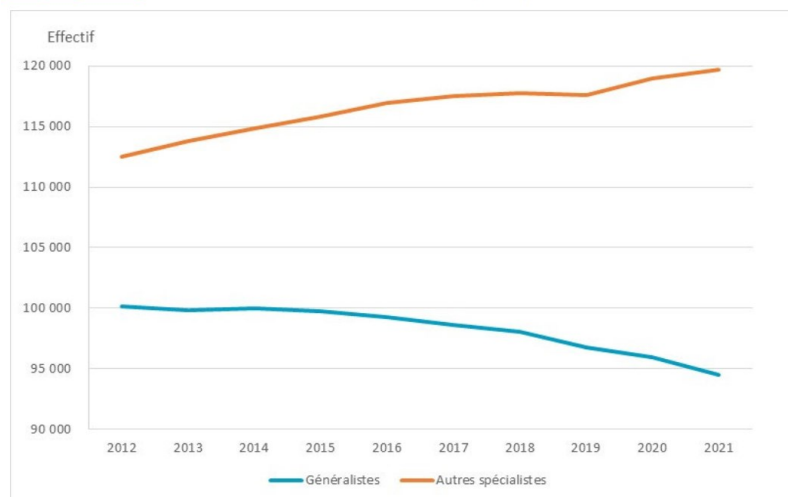
En complément de notre [livre blanc](#) mis à jour en 2020, cette contribution rassemble les propositions de l'ISNAR-IMG tant sur le plan de la formation en stage et hors stage que sur l'élaboration d'un système de santé qui, tout en se devant d'être optimal pour les patients, se doit également d'être à l'image de ses acteurs.

# II. ACCÈS AUX SOINS

## A. Contexte

Chaque année, l'accès aux soins sur tout le territoire français devient de plus en plus problématique. Les zones sous-denses, appelées aussi "déserts médicaux", sont de plus en plus étendues, au point qu'actuellement, selon [l'arrêté du 1er octobre 2021](#), **plus de 72% de la population française réside en zone sous-dense**. L'Ordre des Médecins et la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), estiment que les [effectifs des médecins généralistes continueront à décroître jusqu'en 2028](#).

Graphique 7b • Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021



Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.  
Source > RPPS – exploitation DREES.

Toutes les études et les rapports le démontrent, **le nombre de médecins généralistes est en baisse**. Il nous appartient désormais de trouver des solutions alternatives pour permettre une prise en soin continue, coordonnée sur l'ensemble du territoire, en accord avec les aspirations d'exercice des jeunes générations et permettant une qualité de soin adéquate. Tout ceci avec une population française vieillissante, plus consommatrice de soins, plus nombreuse, et toujours moins de médecins généralistes disponibles.

Dans cette contribution, vous ne trouverez donc pas de “recette miracle” ni de solutions à court terme pour régler ce problème. **Seules les mesures de moyen à long terme permettront d’inverser cette tendance qui s’est lentement installée. La coercition, qui consiste à mettre fin à la liberté d’installation, est une mesure contre-productive** qui non seulement ne permettra pas de corriger la problématique mais qui risque de plus de détourner les jeunes générations de l’exercice de la médecine générale.

Alors comment faire pour faciliter l’installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires qui en ont le plus besoin ? Voici les principales propositions de l’ISNAR-IMG, qui sont également étayées dans différents guides, le plus récent, fait en collaboration avec l’Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) et le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR), a été conçu spécifiquement pour les élections à venir en 2022 et sera publié dans les semaines à venir.

## B. Propositions

1. Créer dans chaque département des **guichets uniques** dédiés à l’attractivité médicale du territoire. Leurs missions seront transversales, parmi lesquelles : recenser et coordonner les logements disponibles pour les internes, accompagner les jeunes médecins dans leur démarche d’installation (administratif, vie familiale, aide au placement en crèche, implantation familiale sur le territoire...), valoriser la maîtrise de stage auprès des médecins déjà installés...
2. Déployer sur l’ensemble du territoire les **Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé (HTES)** en réalisant un maillage territorial, afin de permettre aux internes d’avoir un accès facilité à un logement et de découvrir le territoire durant leurs stages ambulatoires. Cela permettra par ailleurs les rencontres entre futurs professionnels de santé et le développement de projets pluri-professionnels.

3. Organiser un **accueil des internes sur les territoires** lors du début de leur semestre, par le département et les collectivités. Celui-ci devra être accessible aux internes en stage ambulatoire et permettre de proposer des solutions d'accompagnement régulier dans la construction de leur projet professionnel (notamment via la présentation de lieux d'installation potentiels).
4. Faciliter la **découverte des territoires** en permettant aux internes de rencontrer les représentants des départements lors d'événements de découverte de ces bassins de vie et lors d'événements dédiés aux projets professionnels des internes comme les forums d'installation, et ceci tout au long de l'internat.
5. Inciter à l'installation des jeunes médecins en mettant à disposition un **secrétariat public offert** pour les jeunes médecins s'installant en zone sous-dense. Ce secrétariat sera mis à disposition et pris en charge par les collectivités territoriales pendant les cinq années suivant l'installation du praticien.
6. Obtenir avant la fin du quinquennat une couverture complète du territoire par les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** afin de répartir la charge des soins non programmés. Celles-ci pourraient travailler à la création d'un **protocole standardisé d'admission directe en milieu hospitalier**, afin de faciliter les démarches sans passage aux urgences.
7. Favoriser l'**interprofessionnalité** et l'accès direct aux auxiliaires médicaux, tels que définis par le Code de la Santé Publique, dans le cadre d'un exercice coordonné, d'un protocole établi par le médecin coordinateur et d'une transmission systématique des compte-rendus aux médecins. Ces exercices coordonnés ont notamment pour vocation de permettre une utilisation optimale des compétences de chacune des professions de santé, et ainsi de faciliter une prise en soin plus efficiente et dégageant du temps médical.

8. Simplifier les démarches d'obtention de la **licence de remplacement** grâce à une procédure dématérialisée mutualisant les différentes formalités. Le guichet unique devra permettre l'initiation et la simplification de celles-ci.
9. **Permettre aux internes de se rendre dans les territoires** en accordant une augmentation de l'**Indemnité Forfaitaire de Transport (IFT)**. Celle-ci n'a pas été revalorisée depuis 2014. Elle devra être accessible aux internes en stage ambulatoire et en stages mixtes entre le milieu ambulatoire et le milieu hospitalier.
10. **Mettre à disposition un local de fonction**, par les collectivités territoriales aux médecins réalisant la **permanence des soins ambulatoires**.
11. Redonner du temps de soins aux médecins en **limitant les demandes de certificats non obligatoires** (demandes abusives, absence de crèche, absence scolaire...).
12. Développer un **programme d'éducation à la santé uniformisé et structuré** allant de la maternelle jusqu'au lycée, serait à nos yeux une priorité pour promouvoir la culture de Santé Publique auprès de nos citoyens. Ce type d'éducation à la santé, pourtant promu dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 tarde à se développer sur le terrain. Ceci permettrait, à terme, d'informer et de sensibiliser la population pour diminuer les recours aux soins "non justifiés".
13. Démocratiser les **lignes téléphoniques directes entre soignants de premier recours et spécialistes hospitaliers**. Celles-ci permettent d'obtenir un avis spécialisé, par exemple pour les médecins généralistes, et de garantir une éventuelle admission directe d'un patient sans passage par les urgences.

# III. FORMATION MÉDICALE

---

## A. Contexte

La formation médicale actuelle ne laisse pas souvent la place pour que les étudiants puissent découvrir les territoires, s'y impliquer et s'y projeter par la suite. Les moyens doivent être redonnés aux étudiants de personnaliser leur formation et de l'effectuer au plus proche de leur projet professionnel.

## B. Propositions

- 14. Développer les stages dans les territoires**, en augmentant la possibilité d'effectuer ceux-ci en milieu ambulatoire et les stages en dehors des Centres Hospitalo-Universitaires. Ces stages doivent être développés en permettant aux internes d'y accéder, via notamment le développement des Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé (HTES) et l'augmentation de de l'Indemnité Forfaitaire de Transport (IFT).
- 15.** Permettre aux internes en médecine générale d'effectuer **une partie de leurs stages ambulatoires auprès d'autres personnels médicaux**, par exemple en favorisant les journées auprès de sage-femmes ou de gynécologues médicaux dans le cadre des stages en santé de la femme, ou bien auprès de pédiatres dans le cadre des stages en santé de l'enfant. Des journées dans des structures médico-sociales (Protection Materno-Infantile (PMI), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) par exemple) devraient également être favorisées.



16. Augmenter le **nombre d'enseignants** et de Maîtres de Stage des Universités (MSU) en Médecine Générale est nécessaire. Notre spécialité dispose actuellement du plus faible ratio d'enseignants/étudiants (1 pour 80), alors que nous représentons plus de 40% des internes en France. Une **augmentation du nombre de postes universitaires** dédiés à la Médecine Générale est également indispensable. Cela permettrait une réelle valorisation de l'enseignement dans cette spécialité médicale.
  
17. Permettre aux internes en stage ambulatoire d'effectuer des **demi-gardes ou gardes, sur la base du volontariat, pour participer à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)**. Cette possibilité n'existe actuellement pas dans notre cursus, elle n'est pas encadrée. Il serait intéressant pour les internes en Médecine Générale, de se familiariser, durant leur formation, à cette pratique de gardes ambulatoires dans un cadre sécurisant, et selon les mêmes principes que ceux définissant les gardes et demi-gardes hospitalières (rémunération, repos de sécurité, inclusion dans le temps de travail..).

# IV. ÉCOLOGIE

---

## A. Contexte

Selon l'OMS, les facteurs environnementaux sont responsables de 23% des décès et de 25% des pathologies chroniques dans le monde. Il s'agit d'un domaine de prévention primaire encore insuffisamment exploité par les pouvoirs publics, malgré les multiples sonnettes d'alarme. Les jeunes médecins généralistes souhaitent que la santé environnementale devienne un sujet central au sein des politiques de santé publique.

## B. Propositions

18. Réaliser des **campagnes de prévention et d'information nutritionnelles** :
  - Généraliser le Nutri-Score à l'ensemble des produits.
  - Informer la population sur l'intérêt, pour la santé et l'environnement, de privilégier une alimentation à dominante végétale.
  - Promouvoir une alimentation raisonnée auprès des populations : limiter les aliments transformés et soutenir la consommation de produits locaux et de saison, afin de limiter l'impact écologique des aliments importés et produits dans des conditions non contrôlées.
19. **Accélérer la recherche sur l'anticipation des changements climatiques** et son impact sur le secteur de la santé.
20. Inclure un module de **santé environnementale dans MonEspaceSanté.fr** incluant des conseils de prévention pour la population.
21. **Lutter contre l'émergence des zoonoses** en luttant contre l'érosion massive de la biodiversité et l'altération des habitats naturels.

- 22. Former les professionnels de santé** à l'urgence climatique et à la santé environnementale, notamment en incluant ces formations dans l'objectif triennal de l'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu).
- 23.** Valoriser des comportements de santé durables lors de notre exercice, à travers la création d'une **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) Santé environnementale.**

Évaluée via un indicateur déclaratif, elle consisterait en une intervention brève du médecin auprès de tout patient majeur, pour lui donner des conseils sur les comportements à acquérir.

Ces comportements de santé spécifiques sont ceux présentant un co-bénéfice comme défini par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), c'est-à-dire un bénéfice pour la santé du patient et pour l'environnement. Le médecin devra notamment aborder les comportements d'alimentation (plus végétale) et de mobilités (moins motorisées).

## Réduire l'impact écologique du système de santé :

Le secteur de la santé est actuellement responsable de [4,6% des émissions de gaz à effets de serre en France](#). Dans le monde, si la santé était un pays, il serait le cinquième plus gros émetteur.

24. Revoir le fonctionnement de nos établissements de santé afin de **limiter leur impact carbone** devrait être une des priorités de transformation de notre système de santé. La création d'une « **Mission énergie carbone en santé** » sous la tutelle du ministère de la Santé et du ministère de l'Environnement pour le pilotage de la décarbonation permettrait d'initier cette démarche.
25. **Interdiction des barquettes en plastique** dans la restauration des établissements de santé.
26. Remettre en question dans les centres hospitaliers et dans le milieu ambulatoire, la politique de l'usage unique des dispositifs médicaux, **en soutenant** au maximum le **développement de dispositifs réutilisables**. Développer la filière de **recyclage des produits à usage unique** si et seulement si aucune alternative réutilisable n'est envisageable. Accompagner financièrement les initiatives ambulatoires visant à atteindre cet objectif.
27. Relocaliser en partie la **production des médicaments et des dispositifs médicaux en Europe** en travaillant sur la décarbonation de cette production. La production de certains médicaments, actuellement majoritaire en dehors de l'Europe, entraîne certaines pénuries de produits indispensables, en plus d'une absence de sécurisation de la chaîne de production.
28. Engager les industriels et prestataires de service à réaliser des **analyses de cycle de vie des produits et services dérivés**, dont les rapports devront être disponibles en accès libre sur [data.gouv.fr](https://data.gouv.fr).

# V. NUMÉRIQUE EN SANTÉ

---

## A. Contexte

Le développement des outils numériques en santé est actuellement un sujet majeur, présenté autant comme une solution miracle aux soucis de démographie médicale que comme un outil à apprivoiser pour les professionnels.

Cependant, une attention particulière doit être portée à l'impact du développement de ces outils numériques sur la relation de soin et le lien médecin-patient, ainsi qu'à son impact écologique.

## B. Propositions

29. Mettre en œuvre la **dématérialisation obligatoire des ordonnances** [prévue au 31 décembre 2024](#), y compris dans les établissements de santé.
30. Développer des outils d'aides à la **prescription rationnelle des antibiotiques et des examens complémentaires** dans les critères de labellisation des logiciels médicaux.
31. Promouvoir l'**utilisation d'un même logiciel médical pour les Centres Hospitaliers à l'échelle d'un Groupement Hospitalier de Territoire** afin de permettre un partage d'information plus rapide et un suivi du patient facilité.
32. Démocratiser l'utilisation des **mails sécurisés** dans les établissements de santé, afin de permettre une **meilleure communication ville-hôpital**. Organiser l'abandon progressif de l'utilisation des fax.

- 33.** Garantir un **échange facilité des dossiers médicaux** grâce à un standard numérique. Les fichiers patients devront être importables et exportables facilement dans un format commun pour permettre aux patients de changer plus simplement de médecin, et garantir au médecin une réduction de charge administrative lors de l'arrivée d'un nouveau patient dans sa patientèle. Les fichiers patients standardisés devraient être structurés de la même façon avec un codage commun qui sera à réfléchir avec les acteurs du milieu et l'Agence du Numérique en Santé.

## VI. SANTÉ PUBLIQUE

---

### A. Contexte

La crise sanitaire a laissé de profondes marques dans la société française. L'[Etude CoviPrev](#), qui évalue notamment la santé mentale sur le temps long des vagues COVID, montre encore des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires au sein de la population française en ce début d'année 2022. Des mesures fortes dans ce domaine sont indispensables. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et la lutte contre la précarité, facteur de morbi-mortalité de la pandémie, méritent également un électrochoc.

### B. Propositions - Santé Mentale

- 34.** Améliorer la **prise en charge des internes en souffrance psychologique** via des parcours de soins dédiés.
- 35.** Accorder plus d'importance à la santé mentale des Français, aggravée par la pandémie COVID, notamment grâce à l'ajout d'un **indicateur de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la santé mentale** pour favoriser les interventions brèves et le dépistage.

36. Permettre aux internes en Médecine Générale de **mieux se former sur la santé mentale**. La réalisation d'un semestre complet dans un service ou une structure dédiée ne semble pas appropriée, cependant, le **développement d'un modèle de formation par demi-journées de stage en structures de santé mentale** (Centres Médico-Psychologiques, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, Centre d'Addictologie Médico Psychologique...) au cours des stages ambulatoires permettrait non seulement une meilleure formation dans le domaine mais également une connaissance plus poussée des différentes structures et ressources existantes.
37. Permettre aux futurs professionnels de santé de se former en santé mentale, via la réalisation systématique de formation type **“Premier Secours en Santé Mentale”** durant leur cursus.
38. Intégrer une **formation de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) dans le programme de prévention au cours de l'enseignement secondaire**, ceci dans un objectif de déstigmatisation des troubles psychiques, d'information et d'aide à l'orientation précoce des personnes en souffrance.

## C. Propositions - Grand Âge

39. Promouvoir la **rédaction des directives anticipées et leur inclusion à MonEspaceSanté.fr**, afin qu'elles soient accessibles à tout professionnel de santé amené à prendre en charge le patient.
40. Instaurer une **consultation médicale de suivi à 45 ans, dédiée à la prévention, puis à 65, 75 et 85 ans** permettant un moment de prévention à l'avancée en âge et à la dépendance, associé aux rappels vaccinaux Diphtérie Tétanos Poliomyélite, et permettant d'aborder les notions de directives anticipées et de personne de confiance.

41. Favoriser le **dépistage de la perte auditive via le remboursement d'un bilan chez un audioprothésiste** sur prescription médicale. L'inclusion de cette démarche aurait lieu dans le cadre de la consultation de suivi décrite précédemment afin de prévenir les risques liés à la presbyacousie (démence, dégradation de la qualité de vie).
42. **Diversifier l'offre de stage pour les étudiants en santé**, afin qu'ils puissent se former dans un environnement représentatif de la prise en charge de ces patients. **L'ouverture de terrains de stage dans des EHPAD et dans des Unités de Soins Longue Durée (USLD)**, la possibilité d'effectuer des demi-journées en Unités Mobiles de Gériatrie (UMG) ou en Hospitalisation à Domicile (HAD) seraient des pistes intéressantes pour favoriser une prise en charge adéquate des personnes âgées (proposition issue de [la Contribution Grand Âge](#) réalisée avec les fédérations représentatives des étudiants en santé).
43. Créer un **guichet unique regroupant tous les acteurs du troisième âge**. Ce rapprochement au sein d'une seule et même structure permettrait d'éviter un fonctionnement en silo et de garantir une interopérabilité efficace. La Maison des aînés et des aidants, décrite par le rapport "[Grand âge et autonomie](#)" produit par Dominique LIBAULT s'avère aujourd'hui indispensable, non pas pour remplacer l'ensemble des structures existantes, mais bel et bien pour les regrouper et les faire fonctionner ensemble.
44. Généraliser le **déploiement de l'Activité Physique Adaptée (APA)** pour les personnes en perte d'autonomie, en permettant son remboursement par l'Assurance Maladie.
45. **Réinvestir financièrement dans les EHPAD publics**. Ces dépenses doivent servir à : améliorer les ressources matérielles (infrastructures de meilleure qualité) et les pérenniser (garantir un meilleur entretien) ; investir dans les ressources humaines (recrutement de professionnels de santé) pour prendre en charge les résidents.



## D. Propositions - Précarité

46. **Garantir l'accès aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** pour toutes les personnes n'ayant pas accès à une couverture d'assurance maladie dans des délais décents.
47. Garantir un **accès aux soins aux mineurs non accompagnés**, en y intégrant les personnes ayant demandé ce statut tant que la présomption de minorité demeure, y compris lorsqu'un recours juridique contre le refus de reconnaissance est en cours. Cet accès identique serait assuré par une affiliation à la Protection Universelle MALadie (PUMA) et ne nécessiterait pas de titulaire de l'autorité parentale pour prodiguer les soins.
48. **Augmenter les budgets alloués aux PASS** afin de permettre l'effectivité et des délais de consultations décents.
49. Mettre en place un **bilan de santé minimal** financé par l'Union Européenne, proposé à toutes les personnes arrivant en situation irrégulière sur le sol européen, sans distinction de pays ni intégration dans une base de données commune à l'UE. Ce bilan pourrait comprendre, comme présenté dans la [stratégie nationale de santé sexuelle](#), un dépistage des hépatites virales B et C, de l'infection à VIH et des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST), ainsi que de la tuberculose pulmonaire, du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance rénale.
50. Permettre à chaque médecin d'avoir accès à un **interprétariat téléphonique gratuitement** afin d'optimiser la prise en charge des patients allophones.
51. Mettre en place un **module « santé » au sein du Service National Universel (SNU)**, afin que les enjeux sanitaires et médico-sociaux puissent être placés à un même niveau que ceux liés à l'engagement et au socle républicain.

## E. Propositions - Santé Sexuelle

52. **Réassurer le droit d'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**, ainsi que sa garantie pour toutes selon la réglementation en vigueur, notamment en améliorant la formation des internes de Médecine Générale à la réalisation d'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse.
53. **Étendre la gratuité de la contraception pour toutes et tous**, y compris pour la contraception d'urgence. Assurer l'accès à l'information en étendant le remboursement de la consultation « Première contraception » à toutes et ce, sans condition d'âge.
54. Réaffirmer la nécessité d'un **rapport sur la contraception masculine**, afin de trouver des moyens permettant une contraception pour tous.
55. Permettre l'élargissement du remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire sans avance de frais du **dépistage sans ordonnance des IST** (VIH, chlamydia, gonocoque, trichomonas, syphilis, hépatite B).



### Contacts

---

**Mathilde RENKER - Présidente de l'ISNAR-IMG**

Tel. 06 73 07 53 01 / Mail : [president@isnar-img.com](mailto:president@isnar-img.com)

**Vanina ARIGAULT – Première Vice-Présidente de l'ISNAR-IMG**

Mail : [premier-vicepresident@isnar-img.com](mailto:premier-vicepresident@isnar-img.com)

**Marina DUSEIN – Porte-Parole de l'ISNAR-IMG**

Tel. 06 73 07 52 85 / Mail : [porteparole@isnar-img.com](mailto:porteparole@isnar-img.com)