



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2009

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N° 101

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 14 octobre 2009

par
Alan CHARISSOU
né le 19 février 1979 à Wissembourg (France)

TITRE :

**QUELS LIEUX D'EXERCICE POUR LES UNIVERSITAIRES DE LA
MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE ?**

Revue de la littérature française et internationale - Propositions

Directeur de thèse : M. le Docteur C. BERBÉ

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur F. GUILLEMIN	} Président
M. le Professeur F. PAILLE	
M. le Professeur J.L. OLIVIER	} Juges
M. le Professeur C. RABAUD	
M. le Docteur L. SIDO	
M. le Docteur C. BERBÉ	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2009

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 14 octobre 2009

par
Alan CHARISSOU
né le 19 février 1979 à Wissembourg (France)

TITRE :

**QUELS LIEUX D'EXERCICE POUR LES UNIVERSITAIRES DE LA
MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE ?**

Revue de la littérature française et internationale - Propositions

Directeur de thèse : M. le Docteur C. BERBÉ

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur F. GUILLEMIN	}	Président
M. le Professeur F. PAILLE		
M. le Professeur J.L. OLIVIER	}	Juges
M. le Professeur C. RABAUD		
M. le Docteur L. SIDO		
M. le Docteur C. BERBÉ		

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :
du 1^{er} Cycle :
du 2^{ème} Cycle :
du 3^{ème} Cycle :
Filières professionnalisées :
Prospective :
FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS
M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
M. le Professeur Christophe CHOSEROT
M. le Professeur Laurent BRESLER
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LÉCOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédo psychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN - Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)
Docteur Laurent MARTRILLE
4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Docteur François SCHOONEMAN
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie ; cancérologie (type mixte ; biologique)
Docteur Lina BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETHI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur de Santé Publique, d'Economie de la Santé et de Prévention

Nous gardons un excellent souvenir de la qualité de vos enseignements.

Nous vous remercions de juger notre travail et de l'immense honneur que vous nous faites d'accepter d'être notre président de thèse.

Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique - Alcoologie

Nous vous remercions beaucoup de l'honneur que vous nous faites de juger notre travail.

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre dévouement pour la médecine générale.

Soyez assuré de notre gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean Luc OLIVIER

Professeur de Biochimie et Biologie Moléculaire

Nous vous remercions beaucoup de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons apprécié votre vision humaniste de la médecine .

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Nous gardons un excellent souvenir de nos stages d'externe puis d'interne en maladies infectieuses et tropicales.

Nous avons beaucoup appris à votre contact.

Nous vous remercions de juger notre travail.

Soyez assuré de toute notre considération

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Laurent SIDO

Médecin Généraliste à Andelot (Haute Marne)

Chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine de Nancy

Membre de la Société de Médecine des Voyages

A vous qui nous avez fait découvrir notre métier.

Nous souhaitons vivement que notre pratique reste imprégnée de votre humanité, de votre engagement et de votre rigueur

Nous vous remercions de juger notre travail

Soyez assuré de notre éternel respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Cédric BERBE

Chef de Clinique des Universités - Faculté de Médecine de Nancy

Médecin Généraliste à Senones (Vosges) et à Rupt sur Moselle (Vosges)

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger nos travaux.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible et de votre patience inaltérable.

Nous vous sommes reconnaissants pour vos paroles rassurantes lors des moments de doute.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Remerciements

A ma famille d'abord. A vous qui avez compris et pardonné mes absences ; à toi Mary Claude, ma chère maman, sans qui je n'aurai pas pu être l'homme que je suis, et encore moins le médecin que je crois être ; à vous Davy et Stephen, frères protecteurs aux regards bienveillants, je vous aime ; à toi mamie Georgette, pleine de vie et de bonté, merci pour tous ces moments de bonheur.

A mes amis de l'ISNAR-IMG et de ReAGJIR. A vous qui avez changé à tout jamais ma vie professionnelle et personnelle, je vous dois tant. Je n'oublierai jamais les combats vécus ensembles et je m'impatiente d'en mener d'autres à vos côtés (Pascale, si tu m'entends...). Membres de ReAGJIR, de Lorraine et d'ailleurs, vous êtes comme une famille, alors merci à vous aussi d'avoir compris et accepté mes absences. Enfin une pensée toute particulière pour ceux d'entre vous qui m'ont aidé dans ce travail : Mansur, Cédric, Marike, Marmule, Dania, Babette, Lionel, JyBee, David D., Laurence, Yannick, Andréa (thank you !), Matt, Anabel, Bérengère, Charlotte, Eloïse, Eva, Guillaume C, Guigui, Cathy-papounet, David C, Jean Charles, Lisa, Elise, Valérie D.

A toi Yannick. Tu es sage et bienveillant ; important dans ma vie. Merci.

Vous savez que pour moi, la thèse n'a pas de valeur symbolique. J'exerce déjà la médecine en toute responsabilité et selon les principes de la déontologie édictée par Hippocrate. Je me suis donné beaucoup de mal pour faire ce travail, mais il ne fait pas de moi un meilleur médecin. C'est pourquoi ni ce manuscrit, ni ma soutenance ne méritent d'avoir une quelconque symbolique à mes yeux tout comme aux vôtres.

Par contre, le contenu de mon travail me tient à cœur. Aussi, je me dois de vous formuler toute ma reconnaissance pour votre soutien précieux et/ou votre présence chaleureuse à mes côtés durant ces longues semaines de rédaction.

Je remercie aussi :

Les gens Mauvais qui n'ont de mauvais que le nom, et qui m'ont touché par leur accueil chaleureux, quelques soient les circonstances.

Gaëlle & Jérôme, Laëtitia & Claude, Sarah et Anne. Les circonstances ont prouvé que vous étiez des amis chers. Voyez en ces quelques mots, mon éternelle reconnaissance.

Et encore :

M. David Foucher, de l'ANEM, Faculté de Médecine de Nancy (merci beaucoup !)

M. Vincent Pierre de la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Nancy

Dr Michel Amouyal et Dr Thomas Vandercamere

Dr Philippe Albou, secrétaire général de la Société Française d'Histoire de la Médecine

Pr Jean Noël Beis

Pr Alain Aubrège

Mme Véronique Baron de l'école de Santé Publique de Nancy

Mme Valérie Fabre du service des thèses de la Faculté de Médecine de Nancy

Dr Thanh Doco-Lecompte du service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nancy. Pardon ne pas avoir réalisé le travail que vous m'aviez proposé.

Mme Laurence Gouret et Mme Pascale Vincent de la scolarité de la Faculté de Médecine de Nancy

Mlle Elisabeth Schmitt et M. Denis Richard des services administratifs de la Faculté de Médecine de Nancy.

A ceux que j'ai oubliés, veuillez me pardonner.

A toi ma petite Pauline,

Qui me remplis de fierté

Pardonne mes absences

A Stéphanie,

A toi sans qui rien n'aurait été possible

A toi sans qui rien ne paraît plus possible

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

SOMMAIRE

SOMMAIRE	17
----------------	----

1 LISTE DES ABREVIATIONS	20
--------------------------------	----

2 INTRODUCTION.....	23
---------------------	----

3 METHODOLOGIE.....	25
3.1 Généralité.....	25
3.2 Découpage de la problématique	25
3.3 Interrogation des bases de données	26
3.3.1 Méthode d'interrogation	26
3.3.2 Bases de données et moteur de recherche interrogés	26
3.3.3 Liste des mots clés et expressions utilisés pour l'interrogation de PubMed	26
3.3.4 Exemples d'équations de recherche	27
3.3.5 Méthode de sélection des articles	27
3.4 Consultation de sites Internet	27
3.5 Littérature grise	28

4 DEFINITION ET ELEMENTS HISTORIQUES	29
4.1 Définitions	29
4.1.1 Définitions de la médecine générale.....	29
4.1.2 Définitions des soins primaires	31
4.1.3 Points importants à retenir	32
4.2 Eléments historiques	33
4.2.1 La médecine générale depuis ses origines	33
4.2.2 Où s'est exercée la médecine générale à travers l'histoire ?.....	35

4.2.3	Le retour de la médecine générale à l'université.....	37
4.2.4	La spécialité médecine générale à l'étranger.....	40
<hr/>		
5	PREMIERE PARTIE : QUELS SONT LES BESOINS PREVISIBLES DES UMG ?	42
5.1	Pour exercer la médecine générale	42
5.1.1	Cadre réglementaire régissant le lieu d'exercice des médecins généralistes français	42
5.1.2	Pratiques actuelles	49
5.1.3	Évolutions des pratiques	60
5.1.4	Conclusion : les besoins prévisibles pour exercer la médecine générale.....	83
5.2	Pour assumer leurs fonctions universitaires	89
5.2.1	Définitions et éléments historiques	89
5.2.2	Cadre réglementaire des universitaires de la médecine générale	98
5.2.3	Quelques éléments numériques	109
5.2.4	L'enseignement universitaire sur le lieu d'exercice	110
5.2.5	La recherche universitaire sur le lieu d'exercice	119
5.3	Synthèse première partie	134
5.3.1	Introduction	134
5.3.2	Comment devra être organisé le lieu d'exercice des UMG ?	134
<hr/>		
6	DEUXIEME PARTIE : EXPERIENCES DE LIEUX D'EXERCICE D'UNIVERSITAIRES DE LA MEDECINE.....	144
6.1	Expérience des CHU en France	144
6.2	Propositions, projets et expérimentations de lieux d'exercice universitaire en France.....	145
6.2.1	Propositions syndicales et de sociétés savantes	145
6.2.2	Un projet en Languedoc Roussillon	146
6.3	Synthèse des différentes expériences, propositions et projets	149
<hr/>		
7	TROISIEME PARTIE : SYNTHESE ET DISCUSSION	151
7.1	Proposition de critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des UMG.....	151
7.1.1	Introduction	151
7.1.2	Propositions	152
7.2	Proposition d'un modèle de maison de santé universitaire (Utopia).....	169
7.2.1	Introduction	169
7.2.2	Composition de l'équipe soignante d'Utopia (« intra muros »).....	169
7.2.3	Mode de fonctionnement	170
7.2.4	Les plans	171
7.3	Discussion	175
7.3.1	Synthèse de notre réflexion	175

7.3.2	Limites	176
7.3.3	Points forts	177
7.3.4	Ouvertures	177
<hr/>		
8	ANNEXES	179
8.1	Annexe 1 : Diaporama « Projet régional de création de MMU, véritable CUMG en Languedoc Roussillon »	179
8.2	Annexe 2 : Document « L'universitarisation de la Médecine Générale... ce qu'elle apporte à la santé publique »	187
<hr/>		
9	DECLARATIONS DES CONFLITS D'INTERET	197
9.1	Activités syndicales et politiques	197
9.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique	197
9.3	Autres	197
<hr/>		
10	TABLES DES ILLUSTRATIONS	198
<hr/>		
11	TABLE DES MATIERES	200
<hr/>		
12	BIBLIOGRAPHIE	208

1 LISTE DES ABREVIATIONS

- A**FORMED : Association nationale pour la FORMation MEDicale continue
ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ex GIP-DMP)
- C**ALLIOPE : CALL for InterOPERability, réseau européen mandaté pour travailler au développement des outils d'eSanté en Europe.
CAPI : Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CCA-MG : Chef de Clinique Associé de Médecine Générale
CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale
CES : Certificat d'Etudes Spécialisées
CEVU : Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CMG : Centre de Médecine Générale
CMGA : Cabinet de Médecine Générale Associé
CNAMTS : Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNU : Conseil National des Universités
CRMSSS : Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CNRS UMR 8169 - Inserm U750)
CSMF : Confédération des Syndicats de Médecins de France
CUMG : Centre Universitaire de Médecine Générale
- D**ASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DCI : Dénominations Communes Internationales
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU : Dispositif Intra Uterin
DMG : Département de Médecine Générale
DMP : Dossier Médical Personnel
DPC : Développement Professionnel Continu
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- E**CG : ElectroCardioGramme
ECN : Epreuves Classantes Nationales
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERP : Etablissement Recevant du Public
ERT : Etablissement Recevant des Travailleurs
EURACT : European Academy of Teachers in General Practice

FAYRGP : French Association of Young Researchers in General Practice
FMC : Formation Médicale Continue
FMF : Fédération des Médecins de France
FPC : Formation Professionnelle Conventiionnelle
FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

GIP-DMP : Groupement d'Intérêt Public – Dossier Médical Personnel
GOFMEC : Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPSST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG : Interne de Médecine Générale
INH : Institut National d'Hygiène
ISNAR-IMG : Intersyndicale National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA : Inter Syndicale Nationale des Chefs de Clinique et Assistants des Hôpitaux de Ville de Faculté
ISNIH : Inter Syndicale Nationale des Internes des Hopitaux

LMD : Licence Master Doctorat

MCA-MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
MDS : Maître De Stage
MDSP : Maison De Santé Pluridisciplinaire
MG France : Médecins Généralistes de France
MMU : Maison Médical Universitaire

NTIC : Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication

OMG : Observatoire de la Médecine Générale
OMR : Option Médecin Référent
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Profession de Santé
OPCT : Objet Piquant, Coupant, Tranchant

PA-MG : Professeur Associé de Médecine Générale
PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
PDA : Personnal Digital Assistant
PU-MG : Professeur Universitaire de Médecine Générale
PU-PH : Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçant (représente aussi les collaborateurs et les chefs de clinique de médecine générale)

RPPS : Regroupement Pluri-professionnel et Pluridisciplinaire de Santé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SEVE : "Santé : Enjeux, Visions, Equilibres" revue publiée aux Editions de Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SML : Syndicat de la Médecine Libérale

SNEMG : Syndicat National des Enseignants Médecins Généralistes

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SUMGA : Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UEBM : Unité Effectrice de Base de Médecine Générale

UER : Unité d'Enseignement et de Recherche

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UMG : Universitaire de la Médecine Générale

USA : Unité de Soins Ambulatoires

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

2 INTRODUCTION

Avant d'être une question éminemment ancrée dans l'actualité, nous en reparlerons plus bas, la part soins des universitaires de la médecine générale (UMG¹) est un sujet qui m'intéresse à titre personnel depuis 2004.

En effet, je fais partie des témoins privilégiés de l'universitarisation de ma spécialité. Je suis de la dernière promotion d'externe n'ayant pas connu les ECN². Ma vocation pour la médecine générale date de mon externat. En 2002, encore externe, je suis entré au sein du bureau national de l'ISNAR-IMG³. Depuis j'ai suivi avec attention la mise en place du sixième semestre, puis celle du DES⁴ de médecine générale et enfin celle de la filière universitaire de médecine générale (FUMG⁵).

En 2004, quand sont parus les textes de loi⁶ consacrant enfin la médecine générale au rang des spécialités médicales, le bureau de l'ISNAR-IMG m'a chargé d'établir un document de proposition pour la mise en place de la FUMG. Cela a été mon premier travail sur cette question passionnante. La difficulté de l'époque relevait surtout de l'établissement de la preuve que les UMG ne pouvaient pratiquer leur part soins qu'en secteur ambulatoire. Il s'agissait aussi de prouver que cela était possible.

Depuis peu, et après avoir été oubliée du monde des universitaires de la santé avec les ordonnances de 1958, après avoir été rabaissée à n'être qu'une discipline de l'échec avec la mise en place du concours C de l'internat en 1982 (1) (2), la médecine générale est bel-et-bien devenue une discipline spécialisée et universitaire ; dotée d'un corps universitaire et d'une sous section au Conseil National des Universités (CNU⁷). La loi du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale a permis de régler le premier problème que soulevait la mise en place de la FUMG. Les UMG peuvent, et ne doivent exercer leur médecine qu'en ambulatoire. Ensuite est venu le décret du 28 juillet 2008 portant sur les dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. Ce dernier a défini le volet universitaire des UMG, sans rien dire sur les conditions d'exercice de la part soins. La définition de cette dernière est renvoyée à des décrets et arrêtés d'application qui devront être rédigés conjointement par le ministre en charge de la santé et le ministre en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche.

¹ Universitaire de la Médecine Générale

² Epreuves Classantes Nationales

³ Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

⁴ Diplôme d'Etudes Spécialisées

⁵ Filière Universitaire de Médecine Générale

⁶ Décret du 16 janvier 2004 et Arrêté du 22 septembre 2004

⁷ Conseil National des Universités

A ce jour, ces textes n'ont toujours pas été publiés et la mise en place de la FUMG reste encore problématique. Cependant, l'obstacle est différent ; il n'est plus le même qu'en 2004. Désormais, il ne porte plus que sur la part soins des UMG. La réflexion sur le lieu d'exercice des UMG prend source dans cette dernière barrière à la mise en place effective de la FUMG.

Aussi notre travail a pour objet d'apporter des éléments de réponse à la question « Comment les UMG doivent pratiquer leur spécialité ? » et à son corollaire « quel lieu(x) d'exercice(s) pour les UMG en France ? ». Le but final étant de proposer des critères auxquels devront répondre ces lieux d'exercice.

Pour cela, nous avons complété nos connaissances sur cette question, par une étude de la littérature française et internationale relative à cette problématique.

3 METHODOLOGIE

3.1 Généralité

En préambule, nous tenons à signaler que nous avons pris le parti de n'aborder que la pratique de la médecine générale telle que définit ci-après. Les pratiques « annexes » souvent associées à la médecine générale en France, telles que l'intervention en hôpital local et la coordination d'EHPAD ne seront pas abordées.

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir :

1. du moteur de recherche PubMed
2. des sites Internet des institutions et acteurs intervenant dans le champ de notre problématique
3. de la littérature grise : revue de la presse et littérature médicale francophone non indexée depuis janvier 2009
4. de l'utilisation des références bibliographiques présentes dans les références trouvées
5. du moteur de recherche généraliste Internet Google

Nos recherches ont d'abord porté sur des éléments permettant de donner une logique historique à notre travail.

Ensuite nous avons recherché des publications traitant spécifiquement du lieu d'exercice des universitaires de médecine générale. Devant l'absence de résultat, nous avons procédé à un découpage de la problématique en plusieurs questions et sous questions auxquelles nous avons tâché de répondre étape par étape. Au cours de notre progression, nous avons fait des synthèses d'étapes. Ces dernières ont été reprises dans une synthèse finale qui répond à la question posée.

3.2 Découpage de la problématique

Devant l'absence de publication traitant la question dans son ensemble, nous l'avons abordé par des sous questions. Nous avons regroupé ces sous questions en deux grandes parties.

La première partie a pour objet l'étude de la littérature afin de proposer des critères en se basant sur les besoins prévisibles des UMG pour exercer leur triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

Dans la deuxième partie, nous cherchons à étudier les diverses expériences et expérimentations de lieu d'exercice d'universitaire médicaux, généralistes ou pas, en France et à l'étranger. Le but de cette étude est d'apporter un éclairage pragmatique aux critères définis dans la première partie.

Enfin, nous faisons la synthèse de notre travail dans une troisième et dernière partie.

3.3 Interrogation des bases de données

3.3.1 Méthode d'interrogation

Nous avons commencé par établir une liste large de « terme-clés » en français pour chaque partie de la thèse.

A partir de cette liste, nous avons cherché les mots clé référencés dans le MeSH en utilisant l'outil Terminologie du CISMef. Pour chaque terme-clé nous avons défini le mot clé MeSH français et anglais.

Pour aider dans les traductions français-anglais et anglais-français, nous avons utilisé les traducteurs disponibles sur Internet, à savoir « Lexibase Intranet Collins » et « Reverso Intranet ».

Ensuite nous avons utilisé l'outil de génération d'équation de recherche du CISMef. Nous avons d'abord fait des recherches par mot clé seul.

Cette première recherche a permis de trouver quelques références a priori pertinentes, ajoutées à la bibliographie. Elle a aussi permis d'augmenter la liste des mots clés en récupérant les mots-clés « majeurs » utilisés pour indexer ces références.

Cette première recherche a permis de trouver quelques références a priori pertinentes, que nous avons utilisées comme références « ressources ». Ces références « ressources » nous ont permis de dégager de nouveaux mots-clés. Une fois ces recherches préliminaires effectuées, ces nouveaux mots-clés récupérés, nous avons fait des recherches en combinant plusieurs mots-clés. Pour cela, nous avons combiné les équations de recherches générées par le CISMef les unes avec les autres. Cela a permis d'affiner les recherches et d'obtenir des références plus pertinentes.

Nous avons aussi récupéré des articles parmi les bibliographies des articles trouvés (« *Abstract+Ref* »), mais aussi parmi les articles citant les articles trouvés (« *Cited by* »), et encore dans les articles en lien avec ceux trouvés (« *Related articles* »)

3.3.2 Bases de données et moteur de recherche interrogés

- Pour la littérature scientifique, nous avons interrogé exclusivement la base PubMed.
- Pour la littérature législative et réglementaire, nous avons interrogé les moteurs de recherche du site www.legifrance.gouv.fr et du site www.has-sante.fr

Nous avons par ailleurs consulté les sites des institutions et acteurs intervenant dans le champ de notre problématique (liste détaillée ci-après) ainsi que le moteur de recherche généraliste Internet Google.

3.3.3 Liste des mots clés et expressions utilisés pour l'interrogation de PubMed

"primary care" ; "primary health care" ; "family practice" ; "family practices" ; "general practice" ; "general practices" ; "family physician" ; "general practitioner" ; "general practioner" ; "generalist" ; "primary care physician" ; "physicians' offices" ; "physician office" ; "medical home" ; "history" ; "historical aspect" ; "histories" ; "computerized medical record system" ; "automated medical records system" ; "computerized patient records" ; "electronic health records" ; "undergraduate medical education" ; "preparation" ; "teaching" ; "training" ; "video" ; "diffusion of innovation" ; "innovation diffusion" ; "academic" ; "academic GPs"

3.3.4 Exemples d'équations de recherche

Exemple n°1 :

("family practice"[MH] OR (("family practice"[TIAB] OR "family practices"[TIAB] OR "general practice"[TIAB] OR "general practices"[TIAB] OR "practice, family"[TIAB] OR "practice, general"[TIAB] OR "practices, family"[TIAB] OR "practices, general"[TIAB]) NOT (MEDLINE[SB] OR oldmedline[sb])))

AND ("physicians, family"[MH] OR (("physicians, family"[TIAB] OR "family physician"[TIAB] OR "family physicians"[TIAB] OR "general practitioner"[TIAB] OR "general practitioners"[TIAB] OR "generalist"[TIAB] OR "generalists"[TIAB] OR "physician, family"[TIAB] OR "physician, primary care"[TIAB] OR "physicians, primary care"[TIAB] OR "practitioner, general"[TIAB] OR "practitioners, general"[TIAB] OR "primary care physician"[TIAB] OR "primary care physicians"[TIAB]) NOT (MEDLINE[SB] OR oldmedline[sb])))

AND ("education, medical, undergraduate"[MH] OR (("education, medical, undergraduate"[TIAB] OR "education, undergraduate medical"[TIAB] OR "medical education, undergraduate"[TIAB] OR "undergraduate medical education"[TIAB]) NOT (MEDLINE[SB] OR oldmedline[sb])))

Exemple n°2 :

("Academic Primary Care) AND (Practice"[Title/Abstract] OR "center"[Title/Abstract]) AND ((Academic[Title] AND Primary[Title] AND Care[Title]) AND (Practice[Title] OR center[Title]))

3.3.5 Méthode de sélection des articles

Nous avons sélectionné les références avec les critères suivants :

- En priorité les revues de la littérature internationale
- Les articles ayant le plus de références bibliographiques
- Favorisant la représentation d'un maximum de pays différents

3.4 Consultation de sites Internet

Nous avons consulté les sites suivants :

<http://femasac.org>

<http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/ulpmed/aufemo>

<http://www.aeres-evaluation.fr>

<http://www.amee.org>

<http://www.ameli.fr>

<http://www.bdsp.ehesp.fr>

<http://terminologiecismef.chu-rouen.fr>

<http://www.cnge.fr>

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

<http://www.csmf.org>

<http://www.d-m-p.org>

<http://www.has-sante.f>

<http://www.i-med.fr>

<http://www.irdes.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.med.univ-angers.fr/mg>

<http://www.primary-care.ch>

<http://www.remede.org>

<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/observatoire-national-demographie-professions-sante-ondps>

<http://www.sante.gouv.fr/drees>

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.senat.fr>

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-contrôle-évaluation-igas>

<http://www.unaformec.org>

<http://www.vdgm.eu>

<http://www.woncaeuropa.org>

- Nous avons aussi consulté les sites Internet des associations et syndicats suivants : MG France⁸, CSMF⁹, SML¹⁰, Espace généraliste, FMF¹¹, SFMG¹², FAYRGP¹³, SNJMG¹⁴, ReAGJIR¹⁵, ANEMF¹⁶, ISNIH¹⁷, ISNCCA¹⁸

3.5 Littérature grise

Nous avons passé en revue, entre le 01/01/2009 et le 31/09/2009, les références suivantes :

- La revue Prescrire
- La revue du Praticien – Médecine Général
- Le Concours Médical
- Impact Médecine
- Le Généraliste
- Le Panorama du Médecin
- Le Quotidien du Médecin
- La presse « grand public »

⁸ Médecins Généralistes de France

⁹ Confédération des Syndicats de Médecins de France

¹⁰ Syndicat de la Médecine Libérale

¹¹ Fédération des Médecins de France

¹² Société Française de Médecine Générale

¹³ French Association of Young Researchers in General Practice

¹⁴ Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

¹⁵ Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçant (représente aussi les collaborateurs et les chefs de clinique de médecine générale)

¹⁶ Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

¹⁷ Inter Syndicale Nationale des Internes des Hôpitaux

¹⁸ Inter Syndicale Nationale des Chefs de Clinique et Assistants des Hôpitaux de Ville de Faculté

4 DEFINITION ET ELEMENTS HISTORIQUES

4.1 Définitions

4.1.1 Définitions de la médecine générale

En France, les définitions institutionnelles et législatives de la spécialité de médecine générale ne sont pas toujours (ou pas encore) concordantes. (3)

Par ailleurs l'influence européenne et les exigences du droit communautaire sont grandissantes sur l'enseignement et la pratique de la médecine générale française. En effet, au titre de la formation spécifique en médecine générale¹⁹, puis de la libre circulation des médecins²⁰, et enfin de la reconnaissance des qualifications professionnelles²¹, trois directives européennes concernent déjà la médecine générale en France. (3)

C'est pourquoi nous avons décidé de baser notre travail sur la définition européenne de la spécialité.

En 2002 la WONCA²² Europe a publié avec l'assistance et la coopération du Bureau Européen de l'OMS, une déclaration visant à définir la médecine générale. (4)

Selon ce rapport :

« La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques qui définissent la discipline de médecine générale sont :

- a. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*
- b. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- c. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.*
- d. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin - patient basée sur une communication appropriée.*

¹⁹ Directive 86/457/CEE du Conseil, 15 septembre 1986

²⁰ Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres

²¹ Directive 2005-36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle concerne les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin.

²² World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

- e. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et transversaux, selon les besoins du patient.
- f. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques des patients
- h. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- j. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- k. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles.

II. La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1. Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)²³
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique²⁴ (k)

²³ Les lettres entre parenthèse correspondent aux caractéristiques qui définissent la discipline de médecine générale, ils sont exposés à la page précédente

²⁴ Qui relève de l'holisme, doctrine ou point de vue qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités. Source : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/holistique>

§ 2. Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

§ 3. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité. » (4)

4.1.2 Définitions des soins primaires

Tout comme pour la médecine générale, de nombreuses définitions tentent de définir, jamais parfaitement, ceux que sont les soins primaires. Leur trait commun est de constituer une réponse professionnelle lorsque les patients ont un premier contact avec le système de santé.

Nous avons décidé de retenir une définition proposée dans la « Question d'économie de la Santé » n°141 de l'IRDES datant d'avril 2009 et traitant du sujet « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande ». (5)

« Trois types d'approche des soins primaires se distinguent :

Les soins primaires peuvent être définis comme un niveau de soins. Dans ce cadre, les soins primaires sont toujours présentés comme la base de la pyramide, se différenciant ainsi des soins secondaires et tertiaires. Le niveau primaire est non segmenté, ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes de santé, ni par capacité financière des patients. Il doit pouvoir répondre à 90 % des problèmes de santé. Inversement, les niveaux secondaires et tertiaires sont spécialisés et donc segmentés. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large (en ville ou à l'hôpital), et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires). Les soins primaires, de premier niveau, constituent donc la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. La fonction de gate keeping (gardien de la porte), attribuée au médecin généraliste, voire au centre de santé, traduit cette organisation hiérarchique en niveaux de soins.

Les soins primaires définis comme un ensemble de fonctions et d'activités. Cet ensemble peut être abordé soit à partir des caractéristiques générales des services de soins primaires (accessibilité et premier contact, continuité des soins, globalité et coordination), soit à partir du contenu et de l'éventail des soins fournis. Du point de vue des services, les soins primaires se définissent comme des soins de nature ambulatoire et directement accessible aux patients, avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social. Les soins primaires peuvent également se fonder sur l'éventail des soins dispensés, avec trois aspects essentiels : la prise en charge des problèmes communs (le « toutvenant ») au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ; une dimension « intégrée », la maladie

étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large ; l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées ».

Les soins primaires définis comme des professionnels qui offrent les services. Dans cette perspective, le secteur est parfois difficile à analyser parce qu'il regroupe plusieurs types d'activités dans les différents pays, et comprend différents types de professionnels avec diverses formations, dont les contenus ne sont pas comparables d'un pays à l'autre : médecins généralistes, mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes, pédiatres, gynécologues. Traditionnellement, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale, les médecins généralistes ayant constitué historiquement le premier contact avec le système de soins. L'expression « extended primary care » (soins primaires étendus), mobilisée par certains auteurs, renvoie de façon large au premier contact d'un patient avec un professionnel du système de soins. Cette définition intermédiaire entre les soins primaires entendus au sens de médecine générale et les soins primaires dans une vision large -au sens de la justice sociale et de l'accès de tous à des soins de base- vise à intégrer les évolutions en cours. Celles-ci portent principalement sur la reconnaissance de multiples professions et types d'interventions dans le champ des soins primaires, et leur corollaire, c'est-à-dire la collaboration interprofessionnelle et la coordination des interventions et intervenants autour et avec le patient. »

4.1.3 Points importants à retenir

Des ces définitions nous soulignons les éléments suivants :

- Les médecins généralistes ont la responsabilité de la gestion des soins de santé primaire. Cette définition les place à la tête des soins primaires. Cela implique tout d'abord un travail avec les autres professionnels du champ des soins primaires (la pluridisciplinarité). Cela veut aussi dire que les UMG seront les mieux placés pour mener la recherche en soins primaires ; mais que cette dernière devra aussi faire l'objet d'un travail collaboratif avec les autres intervenants des soins primaires (
- La gestion du cabinet médical est une spécificité de la discipline. Elle a une importance majeure. Cela confirme l'intérêt de notre travail.
- Les médecins généralistes ont la responsabilité de « leur équilibre personnel ». Cela rappelle toute la nécessité de permettre aux praticiens d'être heureux dans leur pratique professionnelle mais aussi dans leur vie personnelle. Il est important de prendre en considération les attentes des futurs praticiens dans notre réflexion.

4.2 Eléments historiques

4.2.1 La médecine générale depuis ses origines

Il est difficile de savoir à quand remonte le terme de « médecin généraliste » ou « médecin de famille ».

Quand on étudie l'histoire de la médecine, on peut considérer que les premiers médecins étaient des médecins généralistes. Leur pratique était basée sur l'examen clinique. Elle prenait en compte l'environnement du patient et envisageait déjà la dimension d'éducation et de prévention. Ainsi dans l'Inde antique, le traité de Sushruta, datant de 400 avant J.-C. définit l'objet de la médecine comme étant celui de guérir les maladies, de protéger la santé et de prolonger la vie. (6)

En France, jusqu'avant la seconde guerre mondiale et en dehors des hôpitaux, la médecine générale était « la médecine ». Elle s'occupait de l'ensemble des problèmes de santé. Le praticien était, au sens propre, un médecin de famille, qui soignait tous les membres d'une même famille, suivait les grossesses, pratiquait les accouchements, et s'occupait de ses patients « *depuis la naissance jusqu'à la mort* » pour l'ensemble de leurs problèmes de santé. (2)

La pratique professionnelle extra hospitalière d'après-guerre se caractérise par un bouleversement progressif du paysage médical. Les récents progrès de la médecine, tel que les antibiotiques, provoquent le sentiment d'un besoin de réapprentissage du métier. Les médecins libéraux se voient proposer dès 1947, de nombreuses formations « spécialisées ». Tant et si bien que la notion de spécialité médicale qui existe à l'hôpital depuis la moitié du XIX^e siècle (7), s'étend à la médecine libérale, c'est-à-dire à toute la médecine. Lors d'une enquête réalisée en 1989 auprès des médecins retraités français ayant exercé entre 1930 et 1980, 65 % des interrogés disent avoir été formés à une spécialité ; 57 % d'entre eux déclarent avoir eu une carrière de médecin généraliste ; et déjà 36 % d'entre eux ont répondu avoir exercé comme spécialiste (pédiatrie, gynécologie, pneumologie, médecine du travail, etc). A noter que près de 20% des médecins se considérant comme généralistes, avaient aussi une activité en hôpital ou en clinique (comme anesthésiste par exemple !). (8)

Ces « situations intermédiaires » font qu'il n'existe pas encore de véritable scission entre généralistes et spécialistes, ou encore entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Ces distinctions apparaîtront plus clairement à partir des années soixante. Les ordonnances de 1958 marquent la première exclusion de la médecine générale des autres spécialités qui, elles seules, peuvent prétendre aux titres universitaires. Ces ordonnances provoquent aussi un schisme entre praticiens ambulatoires et praticiens hospitaliers puisque seuls ces derniers ont accès aux carrières universitaires. Il en résulte une altération de l'image de la médecine générale et l'on voit immédiatement se modifier le ratio généralistes/autres spécialistes en faveur d'un glissement de la médecine générale vers les spécialités d'organes. (2)

La réforme des études médicales de 1982, avec la création de « l'internat qualifiant », ne fera que compléter cette rupture, les généralistes étant désormais « interdits de spécialités », considérés au pire comme des « recalés de l'internat », et au mieux comme des « médecins de catégorie inférieure » face aux médecines spécialisées et hospitalières, devenues les références officielles de la médecine en France. (2)

A partir des années 1970, grâce aux efforts de quelques médecins généralistes passionnés, un processus de renouveau et de « ré-identification » de la Médecine générale s'engage. Ce processus a été marqué par l'action d'un homme : Georges Valingot. Pionnier du syndicalisme des médecins généralistes libéraux (9), il fut parmi les premiers à pressentir que le développement de l'hôpital poserait rapidement la question de la place et du rôle de la médecine générale dans le système de santé. En 1982, dans son ouvrage « Médecine de l'homme total »²⁵, il propose de définir la médecine générale comme une médecine de premier recours, de synthèse et de continuité des soins.

La médecine générale s'organise aussi sur le plan de l'enseignement. Petit à petit, elle réinvestit l'université médicale (cf. paragraphe 2.3). La médecine générale ré-apparaît alors comme une spécialité à part entière, pouvant légitimement aspirer à une reconnaissance professionnelle et universitaire.

La première reconnaissance officielle survient en 1997 avec la convention médicale spécifique à la médecine générale. Elle met en place l'OMR²⁶, véritable outil législatif définissant, encadrant et rémunérant l'ensemble des missions du médecin généraliste. Autre reconnaissance majeure, l'OMR place le médecin généraliste au centre du système de soins. (10)

La Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (11) et la convention médicale du 3 février 2005 (12) reprennent l'état d'esprit de l'OMR. Le parcours de soins coordonnés est mis en place. Et le statut de « médecin traitant » est créé. Il s'en suit une médiatisation majeure du rôle du médecin traitant – médecin généraliste. D'aucun diront que, contrairement à l'OMR, cette nouvelle convention ne donne pas les moyens aux généralistes d'assurer pleinement cette mission de médecin traitant. (10) Cependant, elle confirme l'émancipation et la reconnaissance dont peut jouir la discipline ; selon ses termes « *Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours* » (12)

S'en suit une légitime reconnaissance universitaire. A partir de 2004, se mettent successivement en place le DES de médecine générale, la loi définissant le personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale, la sous section au CNU²⁷ et un premier décret d'application concernant la FUMG (cf. paragraphe 2.3).

Dernière reconnaissance législative en date, les soins primaires et le rôle des « médecins généraliste – médecin de premier recours » sont explicitement définis, pour la première fois dans une loi : la loi HPST²⁸, adoptée par le parlement français le 24 juin 2009 (13) et publiée au journal officiel le 22 juillet 2009. (14)

A ce jour et après une deuxième moitié de XXe siècle difficile, la médecine générale est une spécialité reconnue sur le plan professionnel et universitaire. Tout cela est récent et fragilisé par des projections démographiques alarmantes qui ont été jusqu'à poser la question de la survie de la médecine générale. (15) Cependant la discipline est définitivement dans une dynamique positive. Elle regagne petit à petit ses lettres de noblesse. Le chemin qui reste à parcourir est long et les défis à relever sont nombreux : crise démographique, évolution du système de soins, développement des connaissances et formation de qualité des futurs praticiens. C'est là tout le défi de la mise en place de la FUMG.

²⁵ Editeur : Fondation Georges Valingot (1982)

²⁶ Option Médecin Référent

²⁷ Conseil National des Universités

²⁸ Hôpital Patient Santé Territoire

4.2.2 O s'est exercée la médecine générale à travers l'histoire ?

Concernant l'outil d'exercice des médecins généralistes, ces derniers semblent avoir toujours pratiqué à la fois dans des structures dédiés à la pratique médicale et à la fois au chevet du patient.

Au Ve siècle avant J.-C. la légende veut qu'Hippocrate ait tenu ses consultations sous le platane de la ville de Cos. En réalité, la ville semble avoir été fondée après sa mort. En fait le Maître de Cos avait fondé (ou tout au moins profondément modifié) dans son île natale, un centre médical, lieu de rencontre et d'enseignement, qu'il dirigera jusqu'à sa mort. Dans son traité sur l'officine, il donnait déjà des recommandations sur la manière d'équiper et d'agencer un cabinet médical. (16)

Ainsi, les lieux spécifiques à l'exercice de la médecine ont toujours existé. Cependant la répartition non « urbano-centrée » des populations, couplée à la faible mobilité de ces dernières ont forcé les médecins de famille à exercer majoritairement au chevet des patients.

Témoignage de cette modalité d'exercice : le décret des 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation de l'offre de soins dans la France d'après Révolution. Le texte précisait les obligations de l'officier de santé qui était « tenu de se transporter, sur le premier avis qui lui en serait donné (...) chez le citoyen ». (17)

Autre illustration relatée par le Dr Philippe Albou, secrétaire général de la Société Française d'Histoire de la Médecine lors d'une conférence prononcée le 11 septembre 2000 lors du 37e Congrès International d'Histoire de la Médecine, à Galveston, au Texas (USA), au sujet d'un médecin des années 1930 : *« son cabinet est intégré à son domicile. Son matériel de base est relativement simple : un appareil à tension, un stéthoscope, un bistouri, ainsi que du petit matériel comme des aiguilles et des seringues, qu'il doit faire bouillir entre chaque utilisation. Il possède bien sûr le téléphone et ses patients (qui souvent n'en possèdent pas), peuvent le contacter depuis la pharmacie, le bureau de poste ou le café du coin, à moins bien sûr qu'ils ne viennent sonner à sa porte. La voiture, outil indispensable, remplaçait avantageusement la voiture à cheval du temps passé, en dépit de pannes assez fréquentes... Ce médecin, qui exerce seul, est secondé par son épouse, qui répond au téléphone et qui accueille les malades. Ce n'est qu'après la guerre qu'il achètera un matériel de radiologie, ou plutôt une radioscopie, investissement coûteux qui, dans les années cinquante, sera considéré comme indispensable à une médecine de qualité. »* (2)

A la fin du XIX siècle – début XX siècle, l'urbanisation et le développement des moyens de transports permettent de concentrer des patientèles vers des cabinets médicaux. Le modèle qui prédomine alors est le cabinet au domicile ou « Home – offices » (18).

Comme autres raisons au développement de la médecine en cabinet, on retrouve, à la même période, les progrès de la médecine. Les travaux de Pasteur provoquent une révolution dans les pratiques courantes. La médecine utilise de nouveaux outils diagnostics, notamment de chimie et de biologie. Désormais, les médecins s'équipent de stérilisateurs, de microscopes, de laboratoires. Avec les découvertes de Röntgen, on voit des médecins s'équiper d'unité à Rayons X. (18) Tout ce nouvel outillage nécessite d'aménager des locaux spécifiques et d'y faire venir les patients.

Au début, les cabinets aux domiciles s'adaptent à ses nouveaux équipements. A titre d'exemple, la figure 1 représente un home-office qui dispose d'un laboratoire entre la salle d'examen et la cuisine.

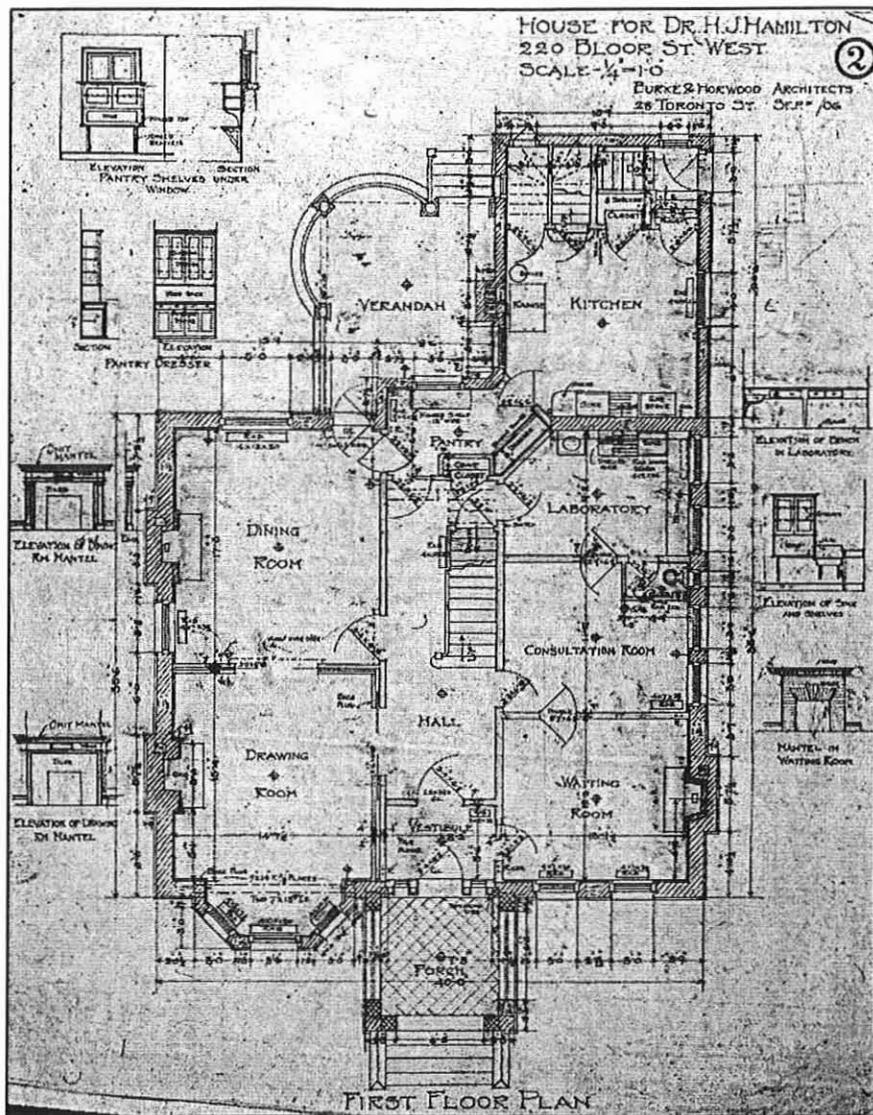


Figure 1 : Plan du rez-de-chaussée de maison-cabinet du Dr Herbert J Hamilton, Toronto, 1906. Source : Archives of Ontario, C 11-1133, (921) 15. (18)

Mais bientôt, ce modèle deviendra insuffisant. Les praticiens commencent à investir dans des bâtiments dédiés uniquement à la pratique médicale. On voit même apparaître les premiers regroupements de professionnels permettant aux praticiens de mutualiser ces investissements. La figure 2 illustre cet exemple de centre médical pluridisciplinaire (médecin, chirurgien, dentiste, auxiliaires médicaux) à Toronto en 1922. (18)



Figure 2 : Un centre médical pluridisciplinaire à Toronto en 1922. Source : Ross & Macdonald Fonds Collection (18)

Enfin, la dernière raison qui poussa les médecins à exercer dans des lieux spécifiques, bien distinct de leur domicile, relève des évolutions sociétales. Les médecins veulent désormais séparer vie professionnelle et vie personnelle. (18) (19) (20)

4.2.3 Le retour de la médecine générale à l'université.

La réforme de 1958 des ordonnances « Debré » a provoqué une coupure très forte entre l'hôpital universitaire et le monde des praticiens libéraux dont le rôle est vite réduit à celui de « supplétif », destiné à confier « au maître » son malade, incapable a priori d'en assurer correctement le diagnostic et le traitement dès que ceux-ci devenaient quelque peu complexes. (21)

La médecine générale est alors privée de l'outil universitaire qui aurait pu lui permettre, comme pour les autres spécialités, d'assurer le développement de ses connaissances et d'assurer la formation de ses futurs confrères.

Rapidement, certaines fortes personnalités du monde des généralistes, notamment nancéennes, s'organisent en réseau, en association de formation médicale continue telle que l'ASFORMED²⁹ ou le GOFIMEC³⁰. Les « universitaires de 1958 » mettent dix ans pour se rendre compte que la médecine générale aspire elle aussi à intégrer le giron facultaire. On doit attendre 1968 pour que la Faculté de santé, médecine et biologie de Bobigny délivre le premier diplôme universitaire de formation supérieure en médecine générale. Mais cette initiative n'est pas généralisée. En 1975, le conseiller d'Etat Louis Fougère écrit un rapport qui préconise une formation obligatoire de deux ans pour les futurs généralistes avec des responsabilités d'interne et un stage chez le praticien. S'en suit entre

²⁹ Association nationale pour la FORMation MEDicale continue

³⁰ Groupement des Organismes de Formatlon MEdicale Continue

1975 et 1977, la naissance dans certaines facultés, des premières commissions ou départements de médecine générale, au sein desquels les médecins généralistes sont épaulés par les universitaires de la médecine interne. Nancy fait partie des premières facultés à voir naître un DUMG³¹ (22)

En 1977, une résolution du Conseil de l'Europe (Résolution 77 – 30), qui sera confirmée en 1986 par une « directive européenne », marque le début d'une harmonisation de l'enseignement de la médecine générale en Europe : « *Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui a reçu une formation spécifique pour donner des soins personnels primaires et d'entretien à des individus, à des familles et à une collectivité. Les contacts prolongés lui permettent de recueillir des informations à un rythme adapté à chaque malade et d'établir des rapports de confiance qu'il peut exploiter sur le plan professionnel.* » (2)

La loi du 23 décembre 1982 supprime les CES³² et rend l'internat obligatoire pour l'accès à toutes les spécialités, sauf la médecine générale. Contrairement à ce qu'ont préconisé toutes les commissions préparant le texte législatif, la médecine générale n'est pas encore concernée par ces dispositions. Par contre, le droit français s'accorde enfin avec le droit européen et les futurs généralistes bénéficient désormais d'un troisième cycle spécifique, le résidanat, d'une durée de deux ans portée à deux ans et demi en 1997 et à trois ans en 2001. (22)

Les facultés de médecine recrutent alors des généralistes « attachés » pour assurer ces enseignements spécifiques. Ces derniers s'organisent dès 1983 en collèges régionaux de généralistes enseignants, qui se fédéreront au sein du CNGE³³.

En 1984, un décret d'application instaure le stage chez le praticien alors qu'il existe depuis déjà 12 ans à Nancy, sur le principe du bénévolat. La conférence des doyens crée un Secrétariat national des directeurs des commissions du troisième cycle de médecine générale dont Jean-Pierre Grillat, nancéen, sera le premier responsable. (22)

En 1989, une commission interministérielle d'évaluation du troisième cycle de médecine générale est mise en place et confiée à André Lachaux. Dans ses principales recommandations, on retrouve l'accès au troisième cycle par une voie commune pour toutes les spécialités, y compris la médecine générale. C'est le premier pas vers la réhabilitation de la médecine générale en tant que spécialité équivalente aux autres. (22)

En 1991, sont recrutés les premiers professeurs et maîtres de conférence associés de médecine générale. (23) Le premier professeur associé de Médecine générale à être nommé est le Pr Albert Hercek (Paris-Bichat). En juillet 2000, il existe 52 professeurs et maîtres de conférence associés de médecine générale dans les facultés de médecine françaises. (2)

En 1999, dix ans après le rapport Lachaux, Lionel Jospin alors Premier Ministre, annonce lors des états généraux de la santé que « les étudiants entreront en troisième cycle après avoir passé un concours d'internat national, anonyme et classant et que la médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres » (22)

Cette nouvelle organisation est confirmée dans la loi de modernisation sociale de janvier 2002 et par le Décret du 16 janvier 2004. Enfin la médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière, sanctionnée par un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) et accessible selon son classement aux ECN³⁴.

³¹ Département Universitaire de Médecine Générale

³² Certificat d'Etudes Spécialisées

³³ Collège National des Généralistes Enseignants

³⁴ Epreuves Classantes Nationales

Les premières ECN ont lieu en juin 2004 et les premiers internes de spécialité de médecine générale débutent leur internat en novembre 2004. Dès lors, le temps presse pour mettre en place la FUMG. En effet, cette dernière doit être prête à offrir des postes de chefs de clinique universitaires (et non pas associés) dès la rentrée universitaire 2007/2008.

Assez rapidement (avril 2006) se crée le SNEMG³⁵, émanation syndicale du CNGE. Ses premières revendications sont « *la revalorisation statutaire et financière des Maîtres de stage ou Enseignants cliniciens ambulatoires et la titularisation d'enseignants associés dans la perspective d'une sous section au Conseil National des Universités* ». (24)

L'arrêté du 25 octobre 2006 crée l'option de médecine générale au sein de la sous-section 53.01 du CNU.

Fin 2006 les deux ministres (Xavier Bertrand et François Goulard, respectivement en charge de la santé et de l'enseignement supérieur) missionnent l'IGAS³⁶ et l'IGAENR³⁷ afin de contribuer à « *bâtir un dispositif statutaire permettant le recrutement d'enseignants titulaires et non titulaires en médecine générale* ». Le rapport est rendu en février 2007 et rappelle la grande spécificité de la FUMG : ces universitaires ne peuvent exercer qu'en ambulatoire. (25)

Pendant ce temps là, la jeune génération décide de montrer tout son intérêt pour le développement de la recherche dans sa discipline. En avril 2007 est créée la *French Association of Young Researchers in General Practice* (FAYRGP³⁸). Composée d'externes, d'IMG et de jeunes thésés, son but est de promouvoir et développer la recherche en médecine générale et en soins primaires, au niveau national et international. (26)

Malheureusement, aucun décret statutaire n'est écrit avant la rentrée universitaire de novembre 2007. Vingt postes de chef de cliniques sont quand même ouverts. Mais en l'absence de loi sur la FUMG, cette première promotion de chef de clinique ne sera pas composée d'UMG mais d'associés. (22)

Le 8 février 2008 est enfin publiée la loi relative aux personnels enseignants de médecine générale. Elle définit la spécificité des dispositions propres aux personnels enseignants de médecine générale qui « consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle ». (27) Désormais un décret en Conseil d'État doit fixer le statut de ces futurs enseignants, titulaires ou non, et notamment celui des chefs de clinique.

Le décret du 28 juillet 2008 portant sur les dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale, ne répond que partiellement aux attentes de la profession. Il ne définit que le volet universitaire et ne dit rien sur les conditions d'exercice en tant que « soignant » en ambulatoire. Différentes solutions sont trouvées, région par région, pour organiser la part « soins » de la première promotion de chefs de clinique UMG en novembre 2008. Ce décret annonce aussi la mise en place d'une commission d'intégration, dès 2009, ayant pour but la nomination des premiers enseignants titulaires de médecine générale, en attendant, après une phase transitoire de huit ans, leur recrutement selon les concours de droit commun. (28)

³⁵ Syndicat National des Enseignants Médecins Généralistes

³⁶ Inspection Générale des Affaires Sociales

³⁷ Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche

³⁸ French Association of Young Researchers in General Practice

Un arrêté³⁹ crée le 18 août 2009 les dix premiers postes de professeur universitaire de médecine générale. Le Journal Officiel du 18 septembre 2009 officialise les 10 nominations : Bernard Gay (Bordeaux), Jacques Luet (Caen), Raymond Glantenet (Lille-II), Jean-Pierre Dubois (Lyon I), Gérard Bourrel (Montpellier I), Serge Gilberg (Paris V), Michel Nougarede (Paris VII), Claude Attali (Paris XII/Créteil), Stéphane Oustric (Toulouse III), et Pierre-Louis Druais (Versailles/St Quentin).

A ce jour⁴⁰, la FUMG est composée de :

- 10 PU-MG⁴¹
- 23 Professeurs associés de médecine générale
- 127 Maîtres de conférence associés de médecine générale
- 31 CCU-MG⁴² (16 nommés en 2007 d'abord associés puis re-contractualisés en tant que UMG une fois la loi du 8 février publiée et 15 nommés en 2008, directement UMG)

Rappelons qu'il existe en France 5 640 hospitalo-universitaires titulaires (29)

Enfin, la loi HPST prévoit que « À compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

- 1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;
- 2° Trente pour les maîtres de conférence des universités de médecine générale ;
- 3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale. »

4.2.4 La spécialité médecine générale à l'étranger

C'est après la seconde guerre mondiale que l'on voit émerger une formation spécifique à la médecine générale, en Grande-Bretagne tout d'abord, avec la création du National Health Service en 1948, puis aux Pays-Bas, dans certains États d'Allemagne fédérale, en Yougoslavie, en Belgique néerlandophone, dans les pays scandinaves. (30)

Dans les années 1960, les premiers professeurs de médecine générale sont nommés aux Pays Bas, en Angleterre et en Allemagne. (30)

En 1969, aux États-Unis et au Canada, la médecine générale devient une nouvelle discipline, sous le nom de « médecine de famille ». (30)

Au début des années 70, les structures académiques de médecine générale se regroupent dans une organisation mondiale, la WONCA. (30)

Au niveau européen, le groupe de Leeuwenhorst, du nom de la ville des Pays Bas où s'est tenue en 1974 la rencontre de représentants de 12 pays, donne naissance en 1992 à l'EURACT⁴³. Association qui regroupait des enseignants de médecine générale venant de 26 pays, elle est maintenant intégrée dans la société européenne de médecine générale, section européenne de la WONCA, créée à Strasbourg en 1995. (30)

La dernière institution européenne créée est le « Vasco da Gama Movement » en septembre 2005. Il s'agit de la branche « jeunes praticiens » de la WONCA Europe. (31)

³⁹ Arrêté du 18 août 2009 déterminant le nombre et la localisation des emplois de professeur des universités de médecine générale offerts à l'intégration au titre de l'année 2009

⁴⁰ Dernière mise à jour des chiffres : 02/10/2009

⁴¹ Professeur Universitaire de Médecine Générale

⁴² Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale

⁴³ European Academy of Teachers in General Practice

Première partie :
**Quels sont les besoins
prévisibles des UMG ?**

5 PREMIERE PARTIE : QUELS SONT LES BESOINS PREVISIBLES DES UMG ?

5.1 Pour exercer la médecine générale

Comme vu précédemment la loi française oblige les universitaires de la médecine générale à pratiquer leur part soins en ambulatoire.

Cela paraît tout à fait logique. On peut tout de même rappeler qu'il a été démontré que la pratique de la médecine générale dans des services hospitaliers de consultations externes est plus coûteuse et moins efficace en terme de suivi des patients que la prise en charge en cabinet ou en centre de santé. (32)

5.1.1 Cadre réglementaire régissant le lieu d'exercice des médecins généralistes français

5.1.1.1 Introduction

Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire les obligations réglementaires susceptibles de façonner l'organisation des cabinets de médecine générale.

L'étude des textes montrent qu'il existe plusieurs strates à ce cadre. Ces strates sont plus ou moins rigides, opposables.

Le niveau le plus rigide du cadre est composé des lois, décrets, règlements et circulaires. Viennent s'y ajouter les recommandations de la HAS⁴⁴ dont le caractère opposable est de plus en plus reconnu.

5.1.1.2 Le cadre législatif

5.1.1.2.1 Une information importante

Cette étude des textes législatifs a été faite avant la publication de la loi HPST le 22 juillet 2009.

5.1.1.2.2 Le cabinet médical en tant qu'établissement

Que ça soit en cabinet libéral, en centre de santé, en médecine de montagne ou dans le cadre de la médecine des mines, les obligations réglementaires détaillées ci-dessous s'appliquent.

Il existe trois lieux possibles pour pratiquer la médecine générale :

- le cabinet (au sens large),
- la maison médicale (Article L162-3 du code de la sécurité sociale) (33)
- et la « caravane » (Article R4127-74 du code de la santé publique qui dit que la médecine « foraine » peut être autorisée par dérogation).

⁴⁴ Haute Autorité de Santé

A noter qu'un médecin peut exercer dans plusieurs cabinets. Soit parce qu'il est collaborateur libéral dans plusieurs cabinets (Article R4127-87 du code de la santé publique, Article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises). Soit parce qu'il est installé et qu'il exerce dans son cabinet principal et dans des cabinets secondaires (Article R4127-85 du code de la santé publique).

Aucun texte de loi n'est dédié spécifiquement au cabinet de médecine générale. Le code de déontologie (Articles R4127-1 à R4127-112 du code de la santé publique), évoque vaguement le lieu d'exercice dans son Article 71 :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge.

Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. » (34)

Les Articles 19 et 25 du code de déontologie évoquent des interdits relevant notamment de l'apparence commerciale des locaux, mais aucune autre obligation.

Une salle d'attente semble indispensable à la fois pour permettre l'isolation phonique de la salle d'examen (respect du secret professionnel, Article R4127-71 du code de la santé publique). Et la fois parce qu'elle peut être le siège d'affichages obligatoires (Décret n°2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé ; Arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales). Elle n'est cependant pas obligatoire.

Le cabinet médical est considéré comme un « établissement recevant du public » ERP⁴⁵ (Article R123-2 du code de la construction et de l'habitation) (35). A ce titre, il doit respecter des normes de manière à permettre de limiter les risques d'incendies, de favoriser leur évacuation, d'éviter la panique, permettre l'alerte des services de secours et faciliter leur intervention. Les cabinets médicaux sont le plus souvent classés dans la catégorie 5 des ERP (recevant moins de 100 personnes, sans hébergement, Article R.123-19 du code de la construction et de l'habitation). A ce titre, voici quelques exemples d'obligations sur l'organisation des locaux :

- *« Tout établissement doit disposer de deux sorties au moins. »* (Article R123-7 du code de la construction et de l'habitation)⁴⁶
- *« L'établissement doit être doté de dispositifs d'alarme et d'avertissement (...) contre l'incendie »* (Article R123-11 du code de la construction et de l'habitation)
- *« Un éclairage de sécurité doit être prévu dans tous les cas »* (Article Article R123-8 du code de la construction et de l'habitation)

⁴⁵ Etablissement Recevant du Public

⁴⁶ Une dérogation est prévue pour les ERP catégorie 5 recevant moins de 20 personnes. Une seule sortie est alors tolérée (Article PE11 du règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public)

- Concernant l'installation électrique, « *les câbles ou conducteurs doivent être de la catégorie C2* » (Article PE24§1 du règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public)
- « *d'au moins un extincteur (...) pour 300 mètres carrés (...) et (...) par niveau* » (Article PE26§1 du règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public)
- A noter qu'aucun « cabinet d'aisance » ou WC, n'est obligatoire dans la réglementation sur les ERP.

Les ERP doivent être accessibles aux handicapés (places de stationnement, portes suffisamment larges, rampes d'accès, ascenseurs, toilettes handicapés...) et de ce fait, ces personnes doivent aussi pouvoir être évacuées. (36) A noter que ces dispositions sur l'accessibilité aux personnes handicapées s'appliquent immédiatement à toute nouvelle création de cabinet. Pour les cabinets déjà en place, le médecin, ou le propriétaire du cabinet, devra se mettre en conformité avant le 1^{er} janvier 2015 (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Article L111-7 du code de la construction et de l'habitation).

Dans le cas où le cabinet accueille au moins un employé, il devient un « établissement recevant des travailleurs » ERT⁴⁷ et s'assujettit au code du travail. A ce titre, les contraintes du code du travail sont plus importantes que celle du code de la construction et de l'habitation. Comme exemples pertinents d'obligations à respecter, nous avons relevé :

- « *L'employeur met à la disposition des travailleurs les moyens d'assurer leur propreté individuelle, notamment des vestiaires, des lavabos, des cabinets d'aisance et, le cas échéant, des douches.* » (Article R4228-1 du code du travail) (37). A noter que si les deux sexes sont représentés dans le personnel (dont le médecin fait partie), il doit y avoir au moins un WC dédié à chaque sexe.⁴⁸
- « *Les lavabos sont à eau potable (...) à température réglable (...) un lavabo pour dix travailleurs au plus.* » (Article R4228-7 du code du travail)
- « *Les cabinets d'aisance sont aérés conformément aux règles d'aération et d'assainissement (...) et convenablement chauffés* » (Article R4228-12 du code du travail)
- « *où les travailleurs sont appelés à séjourner, l'air est renouvelé de façon à (...) maintenir un état de pureté de l'atmosphère (...) éviter les élévations exagérées de température, les odeurs désagréables et les condensations* » (Article R4222-1 du code du travail). En dessous de 15m³/personne la ventilation doit être mécanisée, au-delà l'ouverture des fenêtres peut suffire, dans la mesure où elle n'enfreint pas le respect du secret professionnel.

Enfin l'Article L6323-3 du code de santé publique définit les maisons de santé comme suit « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.* » Elles sont donc réglementées par toutes les dispositions législatives énumérées ci dessus, sans mesure spécifique. A noter que le regroupement avec différentes professions médicales et paramédicales est autorisé, sauf avec les pharmacies (Article R.4127-25 du code de la santé publique).

⁴⁷ Etablissement Recevant des Travailleurs

⁴⁸ Des dispositions dérogatoires existent cependant pour ne pas obliger une femme médecin qui embaucherait un homme comme secrétaire à équiper son cabinet de 2 WC.

5.1.1.2.3 Le cabinet en tant qu'outil permettant la pratique de la médecine générale

Les obligations légales auxquelles sont assujetties les spécialistes en soins primaires dans leur pratique sont aussi de nature à façonner le cabinet médical.

Ainsi le médecin est tenu d'avoir, pour chaque patient, un dossier médical (Article R4127-45 du code de la santé publique, Article 1.4.3. de la convention médicale du 3 février 2005). L'article L1142-28 du Code de la Santé Publique indique : « *Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.* » La durée de conservation des dossiers médicaux est directement liée à cette disposition. Par soucis du respect du secret professionnel, le praticien doit s'équiper d'archives sécurisées. Pour la même raison, le médecin doit être équipé afin de pouvoir détruire tout document contenant des informations personnelles (Article R4127-73 du code de la santé publique).

Si le dossier médical est informatisé, le médecin est tenu de prendre des « *mesures de sécurisation physique des matériels et des locaux ainsi que (...) pour la sauvegarde des fichiers* » (Article R1110-1 du code de santé publique).

Pour assurer la gestion des déchets liés à leurs activités (déchets ménagers, « *déchets d'activité de soins à risque infectieux* » et « *objets piquants, coupants et tranchants* »), les médecins doivent avoir des conteneurs spécifiques (Articles R1335-5 et R1335-6 du code de la santé publique) (38). Si la production de ces derniers dépasse 5kg/mois, ils doivent être entreposés dans un local dédié (Article R1335-7 du code de la santé publique, Arrêté du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins et pièces anatomiques). (39) A noter que l'Article R.4127-49 du code de la santé publique rappelle que le médecin est tenu aux mêmes obligations lors de ses visites. Des conteneurs spécifiques transportables sont donc nécessaires.

Si le médecin ne télétransmet pas ses feuilles de soins, il est sanctionné (Article L161-34 du code de la sécurité sociale). Son cabinet doit donc être équipé d'un lecteur de carte vitale et d'une connexion internet. Son matériel de télétransmission doit être agréé et/ou homologué (Article 8.11.1. de la convention médicale du 3 février 2005). La connexion doit être « *conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale* », c'est-à-dire sécurisée (Article 8.11.3. de la convention médicale du 3 février 2005).

Dans les fonctions du médecin traitant, telle que définit dans l'Article L162-5-3 du code de la sécurité sociale, le médecin généraliste « *participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel* ». Le DMP⁴⁹ a vocation à être géré à distance par informatique. Aussi lorsqu'il sera mis en place, le médecin généraliste sera tenu d'être équipé d'un ordinateur connecté à internet.

Le médecin peut être amené à visiter des patients (Article L162-3 du code de la sécurité sociale), il doit donc avoir un véhicule lui permettant de faire ces visites.

Dans le cadre de la permanence de soins⁵⁰ le médecin doit pouvoir être joignable pour le médecin régulateur (Article R6315-5 et R4127-78 du code de santé publique). A ce titre, il doit être équipé

⁴⁹ Dossier Médical Personnel

⁵⁰ Article R6315-1 du code de la santé publique : « *la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie*

d'un téléphone portable. A noter que puisque la participation à la permanence des soins n'est pas obligatoire (Article R6315-4 du code de santé publique), le téléphone portable ne fait pas partie de l'équipement obligatoire du médecin généraliste.

Contrairement à la permanence des soins, le médecin généraliste est dans l'obligation d'assurer la continuité de soins⁵¹. La loi montre que cette obligation est forte puisque elle doit être tenue « *quelles que soient les circonstances* » (Article R4127-47 du code de la santé publique), même « *en cas de danger public* » (Article R.4127-48 du code de la santé publique) et « *sur tous (...) sites d'exercice* » (Article R4127-85 du code de la santé publique, au sujet des médecins ayant des cabinets secondaires). Pour cela, il doit assurer une réponse continue, au moins téléphonique, en dehors des horaires de permanences de soins. Il doit donc disposer d'une ligne téléphonique. « *S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* » (Article R4127-47 du code de la santé publique). On peut donc dire que, légalement, le médecin est tenu d'être organisé de manière à permettre à un confrère désigné par un patient d'avoir accès à ses dossiers en son absence. On peut imaginer plusieurs solutions : présence d'un associé, présence d'un médecin remplaçant (solution la plus fréquente), présence d'une secrétaire pendant l'absence du médecin, donner une copie de son dossier à chaque patient, avoir un dossier informatique consultable par internet. Dans la pratique, cette partie de la réglementation n'est pas respectée dès lors que le médecin n'est pas associé et qu'il ne se fait pas remplacer.

Un espace d'affichage visible à l'extérieur du cabinet et un répondeur téléphonique sont aussi indispensables pour satisfaire l'obligation d' « *apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.* » (Article 1.1.1. de la convention médicale du 3 février 2005).

« *Les médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie peuvent être autorisés (...) à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux* » (Article L4211-3 du code de santé publique). Ces médecins, qualifiés de « *propharmaciens* » peuvent avoir besoin d'une armoire réfrigérée pour stocker certains médicaments. A noter qu'il ne s'agit pas là d'une obligation mais d'une possibilité. Ce qui n'est pas le cas du traitement parentéral du purpura fulminans que tout praticien doit pouvoir administrer en urgence (Circulaire n°DGS/5C/2006/458 du 23 octobre 2006 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque). Le médecin généraliste est donc tenu de disposer, à son cabinet et lors de ses visites, du matériel d'injection adapté et d'un antibiotique injectable adapté (céphalosporine de 3^{ème} génération ou à défaut aminopénicilline). (40)

Enfin concernant le transfert de compétence et la délégation de tâches, ils n'existent qu'à l'état d'expérimentation en France. (41)

des secteurs du département : 1° Le samedi à partir de midi ; 2° Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ; 3° Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. »

⁵¹ « *La continuité des soins consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre praticiens (hospitaliers, médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, ...). C'est un critère essentiel de qualité des soins. Le dossier médical du patient est un outil essentiel de la continuité des soins : il atteste du suivi, permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.* » Lexique de l'assurance maladie (202).

5.1.1.2.4 L'organisation du temps de travail

La continuité des soins oblige les médecins à être « de service » tous les jours de 8h00 à 20h00, du lundi au samedi. A noter que dans près de 2/3 des secteurs (42), est appliqué le Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. La permanence des soins débute alors le samedi à midi, déchargeant ainsi les médecins de l'obligation de continuité de soins le samedi après-midi.

La garde de nuit ne fait pas l'objet d'un repos de sécurité le lendemain.

Autre obligation à prendre en considération : la FMC⁵². Les médecins doivent participer « à des actions de formations agréées, à des dispositifs d'évaluation⁵³ » (Article L4133-1 du code de santé publique). Il est difficile de quantifier, en terme horaire, à quoi peut correspondre cette obligation. Elle peut être satisfaite en dehors des horaires de continuité de soins mais ces formations peuvent avoir lieu en journée, en semaine (43). D'ailleurs un dispositif conventionnel prévoit une indemnisation des médecins participant aux FPC⁵⁴, qu'elles aient lieu pendant les horaires de consultation ou pas (Article 6.5. de la convention médicale du 3 février 2005). L'obligation de FMC n'est donc pas forcément du temps de travail supplémentaire, mais si elle a lieu pendant la continuité des soins, elle peut être en contradiction avec le respect de cette dernière.

Enfin, la permanence des soins est basée sur le volontariat (Article R6315-4 du code de santé publique). Dans les faits, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 75 % des départements. (42)

5.1.1.3 Les recommandations pouvant influencer la structure du cabinet médical

La revue des recommandations HAS ne retrouve qu'un rapport influençant l'organisation du cabinet médical. La recommandation HAS-SFTG⁵⁵ « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical » de 2007 recommande aux praticiens : (44)

- De disposer de produit hydro-alcoolique (hygiène des mains)
- Certaines normes concernant le chauffage, la ventilation et le conditionnement de l'air
- De travailler sur Rendez-vous afin de limiter les risques de contagions lors d'un passage prolongé en salle d'attente.
- D'observer des normes concernant les températures d'eau froide (<20°C) et d'eau chaude (>60°). Et d'installer des mitigeurs en sortie d'eau.
- De ne pas disposer des « *plantes, vases, aquariums et fontaines décoratives (...) dans les zones de soins* »
- « *D'aménager un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires. Chaque point d'eau doit avoir à proximité un distributeur de savon liquide à pompe et avec poche rétractable éjectable, un distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle* »
- Que « *l'aménagement des locaux doit privilégier un entretien facile, efficace et la stricte utilité pour les soins. Il est recommandé, pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) d'opter pour des revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer et ne présentant pas ou peu de joints. Le carrelage, avec joints plats et étanches qui peuvent devenir poreux, doit être*

⁵² Formation Médicale Continue

⁵³ Telle que l'EPP = Evaluation des Pratiques Professionnelles

⁵⁴ Formation Professionnelle Conventionnelle : agréée et donnant droit à des indemnités

⁵⁵ Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

évité ; l'emploi du bois et du liège est à éviter dans les lieux de soins, de même que la pose de moquettes et de tapis ».

- « d'équiper la salle d'examen et de soins avec :
 - une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;
 - une poubelle équipée de sac poubelle de couleur différente pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI⁵⁶) ; la couleur retenue pour ces emballages est le jaune, couleur correspondant au signalement européen du risque biologique ;
 - une boîte à objet piquant, coupant, tranchant (OPCT⁵⁷) situé à portée de main du soin ;
 - une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient »
- De ne pas mettre de jouets dans la salle d'attente si le recours à un lave-linge et à un lave-vaisselle n'est pas possible.
- De disposer d'un local de ménage, si possible équipé d'un évier et d'un vidoir.
- De réaliser un entretien quotidien des sols, des surfaces des mobiliers et des équipements. Certains matériels étant « *fortement déconseillés* » pour réaliser cet entretien : aspirateur, éponge, serpillère, balais à poussière.
- « *De procéder au nettoyage et à la désinfection de la table d'examen après l'examen d'un patient atteint de gastro-entérite aiguë ou de bronchiolite en utilisant un essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant* »
- De faire une évaluation préalable de leurs pratiques et de leurs besoins avant de s'engager dans la mise en œuvre de procédures de stérilisation. Le matériel non réutilisable doit être préféré. Dans le cas contraire, les procédures à respecter sont très codifiées ; tout comme le matériel à utiliser.

A noter l'absence de recommandation concernant la manière de se vêtir au cabinet médical. Seul le renouvellement quotidien des vêtements est préconisé.

Il est bon de rappeler la valeur contraignante de ces recommandations. Etymologiquement, il ne pourrait s'agir que de conseils donnés aux praticiens. Mais la décision du 20 mai 1936 de la Cour de Cassation, devenue le célèbre « arrêt Mercier » fait jurisprudence. Depuis les médecins sont tenus de donner au patient des « soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ». Or ces recommandations sont reconnues par la communauté scientifique. Elles ont donc une opposabilité réelle ; exposant au moins à des sanctions disciplinaires (ordinales) voir à des sanctions du droit commun. (45)

5.1.1.4 Synthèse du cadre réglementaire

En couplant les obligations déontologiques, les règles incombant aux ERP et les obligations liées à la pratique de la médecine générale, il s'avère qu'on ne peut pas pratiquer la médecine générale dans n'importe quel local. Des normes sont à respecter. Et des investissements sont incontournables.

Les charges administratives imputables à l'exercice libéral et aux fonctions du médecin traitant incitent fortement à embaucher une secrétaire. Tout comme les contraintes d'hygiène du cabinet incitent à embaucher du personnel d'entretien. Viennent alors s'ajouter les obligations légales des ERT.

⁵⁶ Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

⁵⁷ Objet Piquant, Coupant, Tranchant

5.1.2 Pratiques actuelles

5.1.2.1 Le regroupement entre médecins

Les médecins généralistes exercent leur métier de façon isolée en France, plus que dans d'autres pays. L'exercice isolé concerne 58% des médecins, contre 8,5% des médecins au Royaume-Uni, 25% aux USA et 16% au Québec. (3)

La taille du regroupement est majoritairement de 2 voire 3 médecins. Il existe cependant des structures beaucoup plus conséquentes (cf. figure 3 ci dessous). (46).

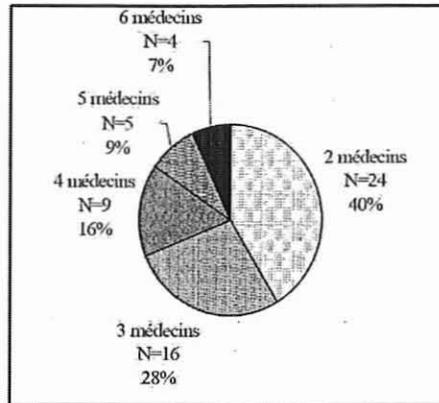


Figure 3 : Nombre de généralistes par cabinet de groupe - résultats d'une enquête menée en 2006 en Bretagne (46)

Si le regroupement présente des avantages en termes d'organisation du temps et de réponse à des contraintes, comme celle de la permanence des soins par exemple, elle coïncide rarement avec une pratique professionnelle différente de celle classiquement développée par un médecin qui exerce de façon isolée. (3)

5.1.2.2 La pluridisciplinarité et l'embauche de personnel administratif

Que ce soit dans les cabinets individuels ou bien dans les groupes, la présence d'autres professionnels de santé (infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes etc.) reste marginale. Moins d'un cinquième des généralistes travaillent dans une structure pluridisciplinaire (environ 13,5% des médecins exerçant seuls et 19% de ceux travaillant au sein d'un groupe). (46)

On peut constater cependant que les généralistes isolés rapportent deux fois plus de coopérations avec les acteurs de leur secteur ambulatoire que les regroupements pluridisciplinaires. (46)

L'observation des pratiques montre que les généralistes sont en contact avec tout un ensemble de professionnels de santé avec lesquels ils partagent la prise en charge de leurs patients. Certains parlent de réseau (47). Nous proposons le terme d'USA⁵⁸ afin d'évoquer la possible structuration d'une véritable équipe autour du gestionnaire des soins primaires qu'est le médecin généraliste.

Dans ces collaborations, les généralistes travaillent tout d'abord avec les médecins des autres spécialités. Les 3 disciplines les plus concernées sont la cardiologie (1/4 de cas environ), l'hépatogastro-entérologie (1/10) et la rhumatologie (1/10). (47)

⁵⁸ Unité de Soins Ambulatoire

Dans le cercle le plus proche, on retrouve ensuite, par ordre décroissant de la fréquence des échanges, les pharmaciens, les infirmières libérales, les biologistes et les kinésithérapeutes. Un second cercle est composé par les chirurgiens dentistes, les psychologues et les assistantes sociales et institutions liées à la gestion de la dépendance (SSIAD⁵⁹, HAD⁶⁰, CLIC⁶¹). Les échanges avec les orthophonistes sont peu fréquents (de 5% à 14% des généralistes). Enfin, rares sont les généralistes (moins de 5%) qui travaillent avec les structures de PMI, les sages femmes et les diététiciens. (47)

Les médecins généralistes peuvent aussi intégrer des réseaux de soins institutionnels, centrés sur une thématique médicale (ex : diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...) ou sur une population cible (ex : réseau gérontologique, réseau santé-précarité). Les généralistes voient en ces réseaux une aide pour coordonner les soins des patients et pour homogénéiser les pratiques selon les recommandations professionnelles. (47)

Pour ce qui est de l'embauche de secrétaire, elle est réalisée par seulement 23% des médecins isolés contre 79% des cabinets de groupe. Cela tend à montrer que la collaboration avec une secrétaire est désirée par au moins 80% des praticiens mais que l'exercice isolé ne permet pas le financement de ce service. En comparant les résultats de différentes études, on peut estimer qu'environ 50% des médecins travaillent avec un secrétariat. (3) (46) (48) (49)

Enfin, il existe une autre modalité d'exercice où le médecin généraliste travaille en équipe : les centres de santé. Il s'agit d'une catégorie identifiée par les codes de la santé publique (article L. 6323-1) et de la Sécurité sociale (article L.162-32). Les centres de santé sont des structures agréées qui assurent une activité de soins, de diagnostic, de prévention, d'éducation pour la santé, de dépistage et d'accompagnement social. Les centres de santé restent en nombre limité, évalué à environ 1700 centres toutes disciplines confondues. Ils présentent des profils d'activités très diversifiés telle que la médecine générale, les médecines des autres spécialités (cliniques et techniques comme la biologie et l'imagerie), les soins dentaires, des soins paramédicaux, des soins à domicile. Les soignants y sont salariés ou vacataires, mais l'activité des centres est rémunérée à l'acte. Nous n'avons pas réussi à trouver une estimation du nombre de médecins généralistes concernés par ce mode d'exercice. Cependant il apparaît que les généralistes travaillent rarement uniquement en centre de santé. Ils partagent souvent des vacations en centre de santé avec une activité en cabinet majoritaire. (50)

5.1.2.3 Equipement du cabinet

5.1.2.3.1 Matériel médical

5.1.2.3.1.1 Généralités

En 2003, la thèse de Florence Tournoux (résidente), dirigée par le Professeur Marie-France Le Goaziou (Professeur associé de médecine générale – Lyon), comparait les résultats d'une enquête réalisée auprès de 403 généralistes de l'Ain à ceux des dernières études réalisées en France : 2 enquêtes nationales menées par le CREDES en 1987 et 1992, une enquête dans les Yvelines dans le cadre de la Thèse de Toullec-Petit en 1998, une enquête menée en Loire Atlantique en 2000 et une enquête dans la région Aquitaine dans le cadre de la Thèse de Michaudel en 1993.

⁵⁹ Service de Soins Infirmiers à Domicile

⁶⁰ Hospitalisation A Domicile

⁶¹ Centre Local d'Information et de Coordination

En parallèle à ces études (dont nous évoquerons les résultats plus bas), nous avons constaté que les médecins généralistes cotent peu d'acte technique, moins de 5% de leur activité. (3) Ce chiffre pourrait ne pas refléter la pratique réelle puisque nombreux sont les généralistes qui continuent de coter un C (une consultation) quelque soit le contenu de cette dernière (acte clinique seul ou associé un acte technique, voir acte technique seul). (3) Cependant une étude menée par la DREES en 2002 (cf. figure 4 ci-dessous) confirme ce niveau d'activité technique. Selon elle un acte technique est effectué dans seulement 6% des consultations. (51) On peut donc dire que les généralistes pratiquent peu d'actes techniques. Comme nous le verrons après, cela n'est pas lié à un défaut d'équipement.

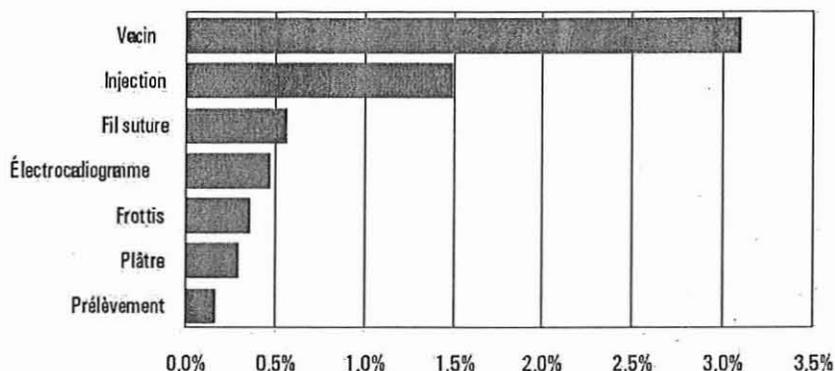


Figure 4 : Part de l'ensemble des consultations et visites concernées par chaque type d'acte effectué – Etude DREES 2002 (51)

Enfin plusieurs études montrent que le matériel médical disponible dans le cabinet est en général plus abondant dans les cabinets de groupe et en milieu rural. (46) (49)

5.1.2.3.1.2 Le matériel d'exploration

Comme le montre la figure 5, l'équipement dédié à l'examen des patients est varié.

Matériel d'exploration	Le possédez-vous ?	L'utilisez-vous ?			
	Oui	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Anuscopie	114 (43%)	14	38	47	15
Bandelettes urinaires	251 (97%)	115	102	33	1
Doppler vasculaire	67 (25%)	7	24	26	10
Ecouvillons pour prélèvements biologiques	211 (80%)	36	93	71	11
Lecteur de glycémie	222 (84%)	41	98	69	14
Miroir laryngé	145 (55%)	11	45	69	20
Débitmètre de pointe	249 (94%)	82	123	42	2
Podoscope	30 (11%)	10	14	6	0
Radiographe	14 (5%)	6	2	5	1
Rectoscope	15 (6%)	3	4	6	2

Figure 5 : Matériel d'exploration des cabinets de médecine générale en France. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 403 médecins généralistes dans l'Ain en 2003 (49)

Nous avons recherché, sans succès, des études sur la médecine de montagne. Ces médecins qui doivent prendre en charge un grand nombre de traumatismes ostéo-articulaires sont très souvent équipés de matériel de radiographie standard.

5.1.2.3.1.3 *Le matériel gynécologique*

Selon les études, de 55% à 91% des praticiens sont équipés du matériel nécessaire à la réalisation des soins primaires en gynécologie : examen mammaire, examen pelvien, frotti cervico-vaginal, prélèvements infectieux, pose de DIU⁶². A noter que cette proportion augmente chez les médecins femmes et en milieu rural. (49)

On peut noter la présence d'un doppler fœtal dans un tiers des cabinets. (49)

5.1.2.3.1.4 *Le matériel d'examen pédiatrique*

Les études montrent une insuffisance en équipement. Bien que la quasi-totalité des cabinets soient équipés d'un pèse-bébé, d'un mètre ruban et d'une toise enfant, moins de 25% sont équipés d'une table d'examen adaptée aux bébés. Il s'agit pourtant d'un matériel peu coûteux qui peut rassurer certains parents quant à la bonne prise en charge de leur enfant (les parents sont attentifs au confort de leur enfant). (49)

L'équipement pour faire le dépistage des troubles de l'acuité visuelle fait aussi défaut (de 67% à 54% de cabinet équipés). Cela est encore plus marqué pour le dépistage des dyschromatopsies avec moins de 20% de cabinet équipés. (49)

5.1.2.3.1.5 *Le matériel cardio-vasculaire*

Selon les études, la proportion des cabinets équipés d'un appareil à ECG⁶³, varie de 49% à 65% (extrêmes : 40,5% et 86%) (49) (3). A noter que les cabinets ruraux sont, encore une fois plus équipés.

Un quart des cabinets est équipé d'un doppler vasculaire et seulement la moitié d'un tensiomètre électronique. (49)

5.1.2.3.1.6 *Le matériel d'urgence*

Bien que la quasi-totalité des praticiens déclarent avoir une trousse d'urgence, le contenu de cette dernière diffère d'un cabinet à l'autre. Quoiqu'il en soit, les cabinets sont sous équipés pour gérer les urgences vitales. (49)

Plus d'un tiers n'ont pas de quoi poser une perfusion. Seulement 25% à 30% des cabinets sont équipés pour assurer une ventilation ou une oxygénothérapie. (49)

Moins de 1% des cabinets sont équipés d'un défibrillateur. (49)

On peut expliquer ce déficit en équipement par le fait que ce matériel est coûteux, peu utilisé et surtout qu'en cas de besoin, les médecins font appel aux pompiers. En effet, ces derniers peuvent venir rapidement au cabinet et disposent de tout cet équipement. Cela permet aux généralistes de ne pas investir dans un matériel non rentable dans le système libéral actuel. Par ailleurs cela soulage les praticiens des tâches d'entretien et de vérification de ce matériel.

⁶² Dispositif Intra Uterin

⁶³ Electrocardiogramme

5.1.2.3.1.7 Matériel divers

Comme le montre la figure 6, les médecins généralistes ont besoin d'autres matériels divers.

Matériel divers	Le possédez-vous ?	L'utilisez-vous ?			
	Oui	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Attelle	141 (53%)	19	59	60	3
Bandes de plâtre	105 (40%)	11	40	38	16
Bandes élastiques adhésives	264 (99,5%)	93	120	45	6
Boîte de petite chirurgie (suture)	258 (97%)	139	95	23	1
Chambre d'inhalation	205 (77%)	20	108	66	11
Champs stériles	125 (47%)	13	76	31	5
Compresse stériles	253 (95%)	207	37	9	0
Couverture de survie	173 (65%)	3	18	65	87
Désinfectants divers	259 (98%)	239	16	4	0
Fils à suture	252 (95%)	129	93	27	3
Gants non stériles	253 (95%)	185	54	14	0
Lames de bistouri	246 (93%)	109	105	32	0
Matériel pour méchage nasal	194 (73%)	7	70	113	4
Matériel pour pose de sonde urinaire	122 (46%)	4	22	68	28
Matériel pour prélèvement sanguin	116 (44%)	17	30	53	16
Pinces pour corps étrangers du nez et des oreilles	194 (73%)	12	74	98	10
Seringues et aiguilles	262 (99%)	212	44	6	0
Stéristrips	252 (95%)	108	103	39	2

Figure 6 : Matériel divers dans les cabinets de médecine générale française. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 403 médecins généralistes dans l'Ain en 2003 (34)

5.1.2.3.1.8 Equipement relativement complet mais sous utilisé

On peut dire que les cabinets disposent d'un équipement médical souvent suffisant à la pratique des soins primaires.

Cependant l'étude menée en 2003, dans l'Ain, montre une sous utilisation de certains équipements. Par exemple 10% des généralistes équipés utilisent rarement, voir jamais, leur appareil à ECG. Plus de la moitié des dopplers vasculaires ne sont utilisés que rarement. Le matériel de ventilation et oxygénothérapie n'est utilisé quand dans 7% à 18% des cabinets. Prêt de la moitié des médecins équipés pour ne posent pas de DIU. (49)

Comme causes à cette sous utilisation, on peut évoquer :

- La faible prévalence des cas nécessitant ces équipements
- La prise en charge de ces cas par d'autres acteurs du système de soins (gynécologues médicaux, cardiologues, SAMU, services d'urgence)
- Des craintes médico-légales quant à l'utilisation de certains équipements (interprétation ECG, intubation, petite chirurgie)

5.1.2.3.2 Matériel informatique

5.1.2.3.2.1 Encore un équipement sous utilisé

85 % des médecins disposent d'un ordinateur à leur cabinet. (48) Mais ce chiffre ne permet pas d'évaluer quelle place tient l'outil informatique dans leur pratique. L'ordinateur peut n'être utilisé que pour la télétransmission des feuilles des soins.

Les généralistes utilisent leur ordinateur pour : (52)

- télétransmettre leurs feuilles de soins à l'assurance maladie
- gérer les dossiers médicaux de leurs patients
- rédiger leurs ordonnances
- la comptabilité de leur cabinet
- la transmission de façon sécurisée des informations médicales relatives à leurs patients (biologie, courrier)

Malheureusement, le recours à un dossier informatisé réellement ouvert, communicant et utilisant une application moderne est loin de concerner la majorité des praticiens. (53)

La part de généralistes utilisant leurs ordinateurs à des fins médicales varient selon les études :

- 20 à 30% selon le Rapport de l'IGAS de relance du DMP de mars 2008 (54)
- 15 à 20% selon le Rapport d'activité 2006/2007 du GIP-DMP⁶⁴ (55)

Mais cette proportion semble augmenter dans le temps. Ainsi La Cour des Comptes faisait état son rapport sur le partage des données entre les systèmes d'information de santé (2006) : « en 2006, 66 % des médecins généralistes utilisaient un logiciel de gestion des dossiers médicaux alors qu'ils n'étaient que 25 % en 2003. » (52) Ces chiffres sont confirmés par un sondage réalisé en avril 2009 par TNS Sofres pour le conseil national de l'Ordre des médecins. (56)

Cette proportion peut même être très importante dans certaines régions. En pays de la Loire, les résultats d'un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale dans les Pays de la Loire (2007) montrent que 85% des ordinateurs sont utilisés pour la gestion médicale du patient. (48)

A noter que la sous utilisation de l'outil informatique est décrit dans d'autre pays ; même parmi ceux cités en modèle. Par exemple, seulement 26% des médecins canadien (chirurgiens exclus) utilisent un dossier informatisé. (57)

5.1.2.3.2.2 Les observatoires informatisés et continus des pratiques médicales

Chaque année, chaque médecin généraliste réalise environ 5500 actes. (58) Les omnipraticiens libéraux ont réalisé en 2003 environ 294 millions de consultations et visites, soit une moyenne de 4,9 contacts par habitant. Par comparaison, les contacts réalisés par l'ensemble des médecins spécialistes libéraux représentent 42% du volume des contacts des omnipraticiens et 2 contacts par habitant. (59) Toute cette activité pourrait faire l'objet du plus grand recueil épidémiologique de France.

L'avènement d'outils informatiques performant et du réseau Internet permettent de faire un recueil « en temps réels » (au moment des consultations) et « transparent » (sans tâche supplémentaire pour le praticien) d'informations pendant les consultations.

⁶⁴ Groupement d'Intérêt Publique – Dossier Médical Personnel

Schématiquement, pour pouvoir être « investigateur » dans un tel système, il faut que le praticien :

- Utilise un logiciel de gestion de dossier médical compatible avec les outils de recueil des données
- Parle un langage commun pour que les données soient standardisées et exploitables (codage des actes, des diagnostics, des traitements, des signes, etc.)
- Soit connecté, de manière sécurisée, à l'observatoire national.

De tels dispositifs existent depuis longtemps à l'étranger, notamment en Europe. D'ailleurs le pays qui semble le plus avancé sur le recueil informatique des données médicales en soins primaire est le Danemark. (57).

Dans nos recherches, le plus ancien exemple de relevés d'information en continu semble avoir débuté en Hollande à partir des années 1960. Ceci était appelé alors « inventaire des problèmes présentés en médecine générale ». Il était effectué par 4 cabinets de groupe représentant 12.000 patients. Ce système initié « papier-crayon » a été informatisé au milieu des années 1990. Deux centres universitaires étaient à l'origine du projet. Par la suite, les six autres universités hollandaises ont développé des systèmes semblables dans leur département de médecine générale. Malheureusement les subventions d'état se sont taries. Et depuis 2000, seules quatre universités continuent à entretenir des centres de relevé d'information en continu. (60)

En parallèle, Le ministère de la santé hollandais finance entièrement un système de collection de données en continu dénommé LINH (Landelijke Informatie Netwerk Huisartszorg). Le LINH existe depuis 1996. En 2000, il comptait 103 cabinets, soit un peu plus de 200 médecins répartis sur toute la Hollande de façon représentative. La veille informatique porte sur les prescriptions, la morbidité correspondante, le nombre de contacts. Les médecins reçoivent une compensation financière de 2 000 Florins par an (soit environ 1 000€) mais ceci n'est pas considéré comme le moteur essentiel de leur participation. Ils reçoivent annuellement une analyse détaillée de leur participation et de leur positionnement par rapport à l'ensemble des participants. (60)

Il existe un autre intérêt que l'épidémiologie à ces recueils standardisés des données médicales pendant les consultations. Une revue de la littérature réalisée en 2007 par une équipe finlandaise montre qu'ils ont un impact positif sur la qualité et l'efficacité des soins. Les dossiers sont mieux remplis. Les informations sont de meilleure qualité et mieux structurées. Les utilisateurs des dossiers gagnent du temps dans leurs consultations. Les relations entre les différents acteurs de santé (soins primaires - soins secondaires, médecins - infirmières) sont améliorées. On note même des effets positifs sur les patients. Ces derniers sont impliqués notamment parce qu'on leur demande leur avis sur les données de leur dossier qu'ils souhaitent masquer. On les implique aussi en leur donnant la possibilité de renseigner des éléments du dossier. Il en résulte une meilleure connaissance de leur état de santé. (61)

En France, il existe deux dispositifs permettant de faire ce recueil épidémiologique en soins primaire : l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG⁶⁵) de la SFMG⁶⁶ et l'observatoire « Thales » de la société BKL-Thalès.

L'OMG a été lancé en en 1993. (62) A ce jour, il compte 267 généralistes investigateurs en France (cf figure 7 ci-dessous) ; plus 4 à l'étrangers : Maroc, Algérie, Tunisie, Belgique. (63) Cette base recense, pour 14 années de recueil, plus de 690 000 patients pris en charge lors de 6 millions d'actes, avec 8 millions de résultats de consultations et 15 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses. (63) A noter que la SFMG est une société savante indépendante des universités françaises. Elle n'a pas de but lucratif et partage facilement ses résultats.

⁶⁵ Observatoire de la Médecine Générale

⁶⁶ Société Française de Médecine Générale

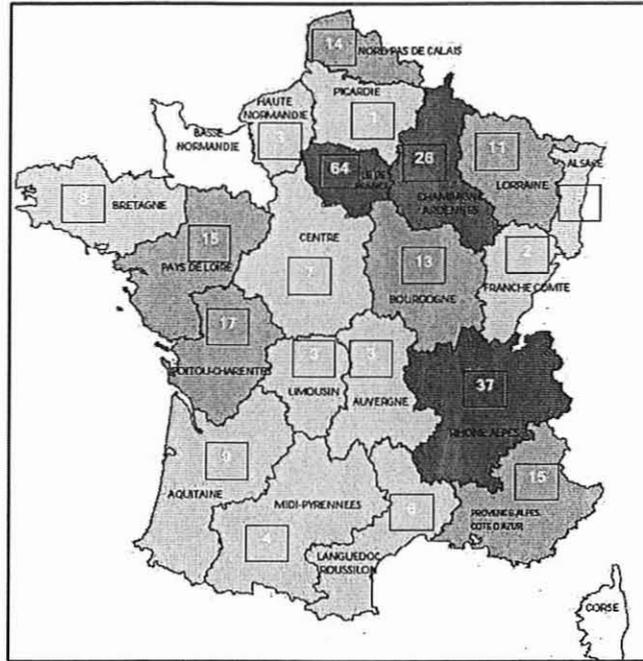


Figure 7 : Répartition des investigateurs de l'OMG en 2005 – Source : SFMG (63)

En parallèle, la société BKL-Thalès, filiale du groupe CEGEDIM, dispose d'un observatoire nommé Thalès (64). Nous n'avons pas réussi à connaître sa date de création. Elle est antérieure à 2001. (65) Cet observatoire a la particularité d'être composé par des médecins de plusieurs spécialités exerçant dans plusieurs pays européens. En 2006, il était composé comme suit : (66)

- En France, 1200 généralistes et environ 700 médecins des autres spécialités
- 1000 généralistes au Royaume Uni
- 300 généralistes en Belgique
- 500 généralistes en Italie
- 500 généralistes en Allemagne

Les données produites par l'observatoire sont une valeur marchande pour la société CEGEDIM. Elles sont vendues aux institutions et à l'industrie pharmaceutique.

Nous voyons qu'au total, il existe déjà 2000 généralistes français intégrés à ce type d'outil. Ce qui est plutôt bien en comparaison avec le pays pionnier qu'est la Hollande.

5.1.2.4 Organisation du temps de travail

Les médecins généralistes travaillent entre 52 et 60 heures (50), gardes et astreintes comprises, par semaine. Pour ceux qui exercent en groupe, cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures. Au total, un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ. (48)

Le temps de travail est réparti de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral (centre de santé, EHPAD, médecine scolaire) et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. (50)

Par rapport aux praticiens isolés, les cabinets de groupe offrent des plages horaires d'ouverture significativement plus étendues, que ce soit en nombre d'heures par jour, de jours par semaine ou encore de semaines par an. (46)

Près de 70% des cabinets de groupe reçoivent leurs patients uniquement sur rendez-vous tandis que seulement 37% des médecins exerçant seuls se limitent à ce mode d'accueil. (46) Ces chiffres correspondent à peu près à ceux des généralistes travaillant avec un secrétariat (cf. supra). On pourrait en conclure que le travail sur rendez-vous est une volonté de la majorité des praticiens mais que le paiement à l'acte ne permet pas aux praticiens isolés de financer le secrétariat nécessaire à la prise des rendez-vous. L'étude sur le burn-out des médecins libéraux montre qu'un praticien sur deux se considère comme menacé. Après la surcharge administrative, la deuxième raison évoquée est la sensation de non contrôle du temps de travail, la « course contre la montre », le rythme stressant de la consultation sans rendez-vous. (67) On peut donc dire que la généralisation de la consultation sur rendez-vous répond avant tout à l'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé.

Comme le montre la figure 8, le temps de consultation est variable. Il se situe en moyenne entre 16 et 17 minutes par patient. (46)

< 5min	5-9 min	10-14min	15-19min	20-24min	25-29min	30-44	>45 min
0,3%	4 %	29%	39,2%	19,4%	3,5%	4,2%	0,5%

Figure 8 : Répartition de l'ensemble des consultations selon leur durée. Etude DRESS 2002 (51)

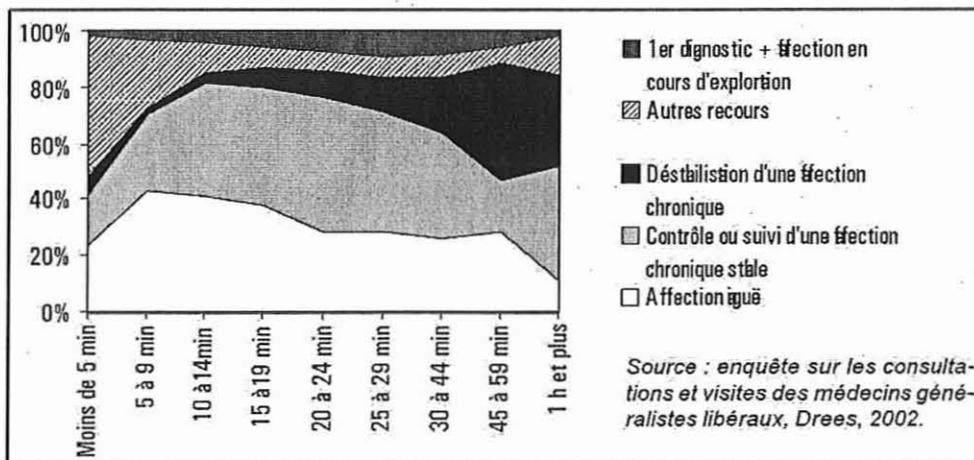


Figure 9 : Répartition des séances selon leur durée et la nature du recours – Etude DRESS 2002 (51)

La figure 9 nous montre que selon le motif de la consultation, le temps nécessaire à cette dernière peut aller du simple au triple. On voit aussi que le temps des consultations qui relèvent plutôt des missions de suivi, d'éducation, de dépistage se situe plutôt entre 20-24 minutes et 30-44 minutes. En dehors des affections aiguës, le temps de la consultation en soins primaire devrait donc être compris dans cette fourchette (20-44 minutes).

5.1.2.5 Mode(s) de rémunération

5.1.2.5.1 Etats des lieux

En dehors des centres de santé où les généralistes sont salariés (50), le paiement à l'acte est largement majoritaire (cf. figure 10 ci-dessous). (68)

Il existe en parallèle des systèmes de forfait : forfait annuel pour chaque patient en ALD inscrit, astreinte pendant la permanence des soins, contrats de bonne pratique, contrat de santé publique, contrat de surveillance de cure thermique.

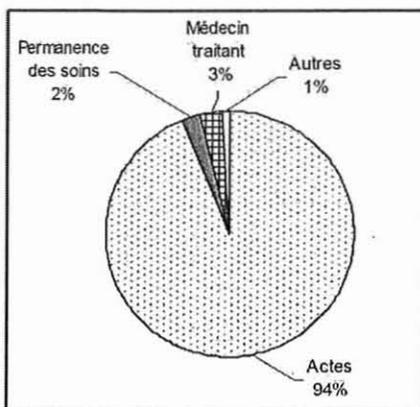


Figure 10 : Décomposition de la rémunération des généralistes libéraux – Données CNAMTS 2007 (68)

En avril 2009 est apparu un nouveau mode de rémunération en France : le CAPI⁶⁷. Il s'agit d'une rémunération à la performance. Les généralistes peuvent signer individuellement un contrat sur un ou plusieurs objectifs prédéfinis (ex : le dépistage du cancer du sein). En fonction du pourcentage d'amélioration de sa pratique, le praticien perçoit une rémunération annuelle forfaitaire. (69)

Ce dispositif est déjà plébiscité par les praticiens. Au 1^{er} septembre 2009, l'assurance maladie avait déjà signé 8000 CAPI avec les médecins généralistes. (70)

5.1.2.5.2 Un mode de rémunération qui pose problème

Le paiement à l'acte n'est pas adapté pour tous les actes non techniques et/ou chronophages. La prévention, l'éducation et le dépistage pâtissent de cet état de fait. (71) On peut imaginer qu'il en est de même pour la petite chirurgie.

Il ne favorise pas non plus la nécessaire modification des organisations, comme la mise en place de binômes généraliste - infirmière de santé proposés dans le développement de l'éducation thérapeutique. (72) Il représente aussi un frein au développement des maisons de santé pluridisciplinaire. (71) (73)

Une évolution (révolution ?) des modes de rémunération paraît indispensable en France comme dans d'autres pays. (71) (3) (68) (73)

⁶⁷ Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles

5.1.2.6 La pression judiciaire

Actuellement elle est évoquée comme le premier risque du métier, devant la surcharge de travail incompatible avec la vie de famille et la faiblesse des revenus. Avec la multiplication des litiges et procès, éventualité particulièrement redoutée par les jeunes praticiens, elle induit une stratégie de « médecine défensive » qui élève les coûts, fausse la relation médecin-patient et amplifie le sentiment d'insécurité. (74)

5.1.2.7 Synthèse des pratiques actuelles

En France, les spécialistes en soins primaires ont encore souvent un exercice isolé. Et les cabinets de groupe sont souvent une juxtaposition de cabinets individuels au sein desquels les pratiques sont identiques à celles des praticiens isolés.

Bien que la pluridisciplinarité soit rarement formalisée, notamment dans des maisons médicales pluridisciplinaires, elle est largement pratiquée par les généralistes. Elle se fait essentiellement à travers une collaboration en réseau avec les professionnels de santé exerçant dans le secteur du médecin.

Par contre, on remarque que malgré la surcharge de travail administrative évoquée par la profession, seulement la moitié des cabinets emploie une secrétaire. Dès que cette dépense peut être mutualisée, la proportion monte à 80%. Cela montre que :

- l'embauche d'une secrétaire est désirée par la très grande majorité des médecins
- l'exercice isolé et le paiement à l'acte ne permet pas de financer cette embauche

Concernant l'équipement médical des cabinets, il est plutôt bon. Malheureusement ce dernier est sous utilisé. En effet les actes techniques sont dévalorisés financièrement et trop chronophages. A ces deux freins viennent s'ajouter le risque médico-légal et les lacunes dans la formation à certains gestes.

Sur le plan informatique, nous sommes plutôt en retard par rapport à d'autres pays. Mais nous sommes surtout en retard par rapport aux possibilités que nous offrent déjà les outils informatiques. Cela est regrettable tant l'outil informatique semble prometteur en terme de qualité et d'efficacité des soins.

Le mode de rémunération actuelle, quasi exclusivement à l'acte, handicape très clairement l'amélioration des pratiques. Il représente un frein au regroupement pluridisciplinaire. Il est impératif que le mode de rémunération des médecins généralistes change.

Enfin, la pression médico-légale actuelle a un véritable impact négatif sur la qualité et le coût des soins.

5.1.3 Évolutions des pratiques

5.1.3.1 Les moteurs de l'évolution des pratiques

Dans l'avenir, les cabinets médicaux devront permettre aux généralistes de :

- pratiquer une médecine générale de référence, c'est-à-dire telle que définit sur le plan européen par la WONCA Europe.
- Tout en satisfaisant l'adéquation entre besoin et offre de soins
- Tout en satisfaisant les impératifs du financement du système de soins
- Tout en intégrant les progrès de la discipline et l'évolution qualitative des besoins
- Tout en satisfaisant la réglementation française et européenne en vigueur
- Tout en essayant de satisfaire les attentes professionnelles et personnelles des professionnels y travaillant.

5.1.3.2 Pratiquer la médecine générale telle que définit par la WONCA Europe

En effet la première question qu'on pourrait se poser, c'est de savoir si la médecine générale telle qu'organisée en France aujourd'hui, répond aux missions qui lui sont attribuées par la WONCA Europe ?

En effet la première mission des UMG, avant celle d'être des universitaires, c'est être des médecins pratiquant la médecine générale

Nous avons vu que les cabinets médicaux sont plutôt bien équipés pour assumer une majorité des missions décrites dans la définition décrite dans la partie 2.1. Cependant on peut déjà noter des lacunes à combler.

Il faudrait tout d'abord que les cabinets soient mieux équipés en ce qui concerne l'accueil des nourrissons et le dépistage des troubles visuels.

Nous avons aussi noté le défaut d'équipement pour la prise en charge des urgences vitales. L'intervention des pompiers semble pallier à ce déficit mais cela ne fait pas l'objet d'une réglementation dédiée ; contrairement à la prise en charge en urgence de l'infarctus du myocarde. La recommandation HAS est de la « confier au 15 ». (75) Il semblerait donc que l'évolution du système de soins français ne rende pas obligatoire l'équipement pour la gestion des urgences vitales. Dans cette organisation, le seul équipement qu'il paraîtrait légitime d'implanter est un défibrillateur semi automatique. Cependant, la prise en charge des urgences vitales fait bien partie des éléments de définition WONCA de la profession. Inutile de dire que cela se vérifie facilement en milieu rural très isolé à 23h00 le soir de Noël. C'est pourquoi, il serait légitime pour un cabinet d'être équipé de tout le matériel nécessaire. Y compris de matériel transportable pour la prise en charge en dehors du cabinet.

Alors qu'elle paraît courante au Québec (76), la chirurgie mineure (exérèse de naevus, de lipome, de kyste cutané, d'ongle incarné) est aussi peu pratiquée dans les cabinets français. On pourrait imaginer que cette activité se développe en France. Mais pour cela il faudrait que les praticiens aient le temps, la formation et l'absence de pression judiciaire décourageante. A noter qu'il s'agit de pratique pour laquelle le travail en équipe paraît indispensable. Un acte de petite chirurgie effectué seul est évidemment chronophage. Il faut préparer le matériel et le patient. Il faut ensuite panser la cicatrice et ranger le matériel. Toutes ces tâches ne relèvent pas des compétences exclusives des médecins et gagneraient à être confiées à un professionnel assistant le médecin. La maison médicale pluridisciplinaire paraît être la seule solution organisationnelle permettant le développement de la petite chirurgie en médecine générale. (68)

Autre champ de la médecine générale qui semble poser problème : la prévention et l'éducation à la santé. Comme nous l'avons vu, ces deux activités prennent une place minimale dans le temps de travail des généralistes. Les deux principaux freins évoqués par les praticiens sont le manque de reconnaissance financière et le manque de formation. (77) La HAS, dans ses recommandations de juin 2007 sur l'éducation thérapeutique, recommande un travail en équipe rassemblant tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients concernés. Elle recommande aussi de réaliser des séances collectives d'éducation. Cela implique le regroupement des professionnels de santé dans des locaux proches et équipés d'une salle de réunion. (78)

Il apparaît donc que les modes de rémunération devront changer et que le travail pluridisciplinaire deviendra indispensable. A ce sujet, la présence d'un professionnel assistant le médecin dans sa pratique quotidienne paraît nécessaire, notamment pour la réalisation d'actes de chirurgie mineure.

Les cabinets devront aussi connaître des modifications structurelles avec au moins l'aménagement d'une salle de réunion. On peut attendre une amélioration du matériel de pédiatrie, de dépistage des troubles visuel, de petite chirurgie et de la prise en charge des urgences vitales.

5.1.3.3 Evolutions des modes de rémunération

Comme vu précédemment, le paiement à l'acte n'est pas adapté aux actes non techniques et/ou chronophages. (71) Le paiement à l'acte ne favorise pas non plus la nécessaire modification des organisations, comme la mise en place de binômes généraliste - infirmière de santé proposés dans le développement de l'éducation thérapeutique. (72) Il représente aussi un frein au développement des maisons de santé pluridisciplinaire. (71) (73)

A noter qu'avant la loi HPST, le terme de « patientèle » était absent du code de la santé publique alors que celui de « clientèle » était cité dans 43 articles. Cela témoignait du regard « économique » porté par le législateur sur la médecine libérale. Est-ce que la loi protégeait plus les intérêts financiers des médecins libéraux qu'elle n'essayait d'influencer la qualité de leur travail ?

A ce jour, il est évident qu'une révolution des modes de rémunération est indispensable en France comme dans d'autres pays. (71) (3) (68) (73)

Sur le plan international, trois modes de rémunération prévalent : la capitation (ou rémunération forfaitaire), le paiement à l'acte et le salariat. La capitation est le mode dominant dans les systèmes de protection sociale centralisés qui repose sur l'universalité et la gratuité des soins financés par l'impôt (Royaume Unis, Espagne, Italie). Le paiement à l'acte prédomine dans les systèmes d'assurance sociale (France, Allemagne). Enfin le salariat est prédominant dans les systèmes nordiques, comme la Suède. (68)

La diversité des modes de rémunération (cf. figure 11 ci-dessous) montre qu'aucun ne prévaut sur l'autre. C'est la raison pour laquelle dans chaque pays, des modes de rémunérations complémentaires s'ajoutent à la rémunération de base. Ces rémunérations complémentaires viennent en réponse à des objectifs spécifiques. Il peut s'agir de rémunérations forfaitaires venant s'ajouter au paiement à l'acte, ou inversement, de paiement à l'acte complétant une rémunération forfaitaire. Depuis quelques années sont apparues les rémunérations à la performance. (68) Parallèlement des aides financières à l'exercice en groupe se sont développées. Leur mise en place correspond à la volonté de transférer vers la ville certains soins dispensés à l'hôpital et de développer les coopérations entre les professionnels de santé. Ces incitations s'accompagnent d'obligations sur la qualité des soins. (68)

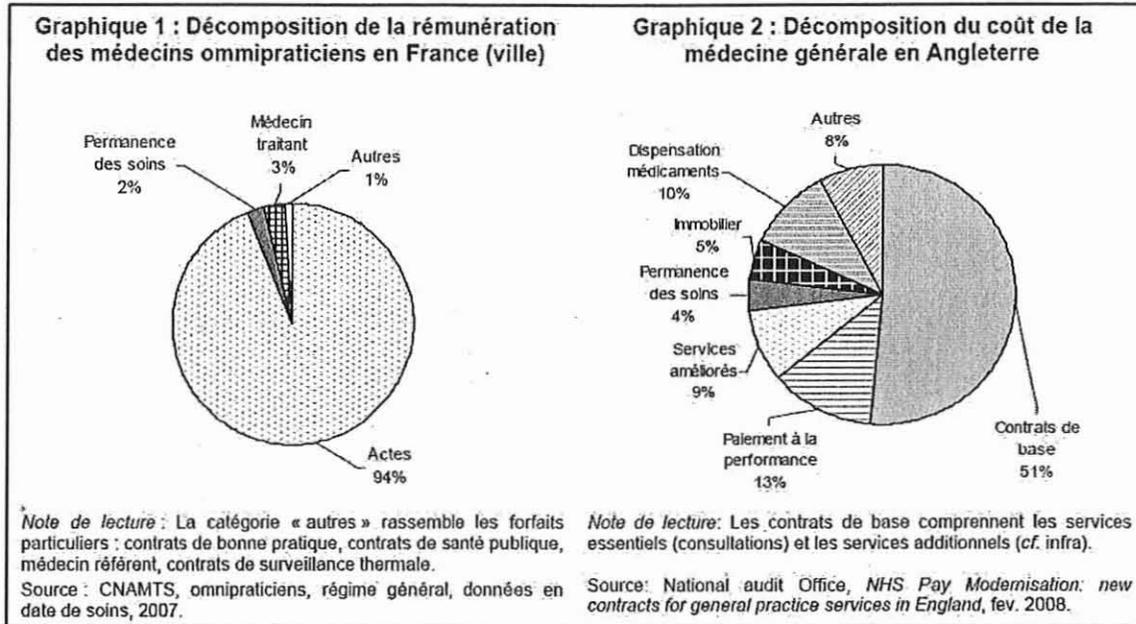


Figure 11 : Comparaison des modes de rémunération des omnipraticiens entre la France et l'Angleterre – Données CNAMTS 2007 (68)

Il a été démontré qu'une rémunération mieux adaptée améliore les résultats des campagnes de dépistages. (79)

Les expériences étrangères ont montré que le paiement à la performance permettait de : (80)

- Développer les pratiques préventives
- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques
- Inciter les médecins à investir pour améliorer leurs pratiques (équipement informatique, recrutement d'auxiliaires médicaux)
- Inciter les praticiens à travailler en équipe
- D'améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions médicamenteuses

Nous voyons bien que pour remplir ses missions d'éducation et de prévention, la médecine générale française devra connaître une réforme du mode de rémunération des praticiens. De manière plus globale, l'évolution des modes de rémunération est évoquée comme indispensable à la nécessaire évolution de la pratique des soins primaires. (81) (71) (82) (83)

D'ailleurs une enquête menée fin 2008 en Bretagne montre que la majorité des médecins généralistes accepte aujourd'hui une évolution de leur mode de rémunération ; avant tout pour améliorer la qualité de leur travail et maîtriser la demande des patients ou leur charge de travail. Les médecins sont avant tout favorables à une association du paiement à l'acte avec d'autres modes de rémunération plutôt qu'une substitution complète. Parmi les nouveaux modes de rémunération potentiellement associés au paiement à l'acte, ou remplaçant celui-ci, les médecins généralistes accepteraient plutôt les forfaits pour des missions spécifiques voir le salariat. (84)

5.1.3.4 S'organiser pour permettre de garantir une offre de soins suffisante et de qualité

5.1.3.4.1 Une situation démographique qui forcera les bouleversements organisationnels

De rapport en rapport (cf. figures 12 et 13 ci dessous), la situation se précise. Dans certains secteurs géographiques, la médecine générale connaîtra en 2025 des démographies inférieures de moitié aux démographies actuelles. Entre 2008 et 2025, malgré l'augmentation du numérus clausus, l'effectif des médecins généralistes pratiquant les soins primaires va être amputé d'environ un tiers (3) (85).

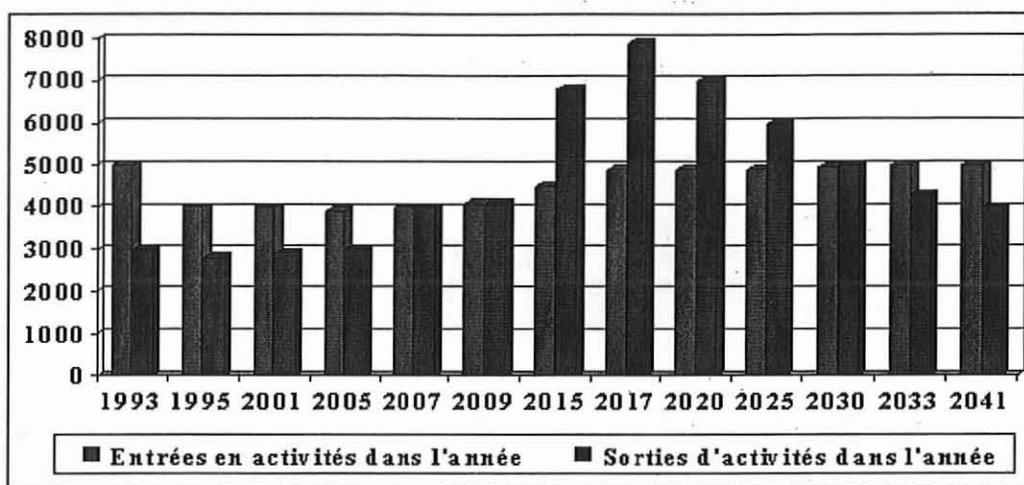


Figure 12 : Historique et projection des entrées et sorties d'activités des généralistes en France - Source CNOM (85)

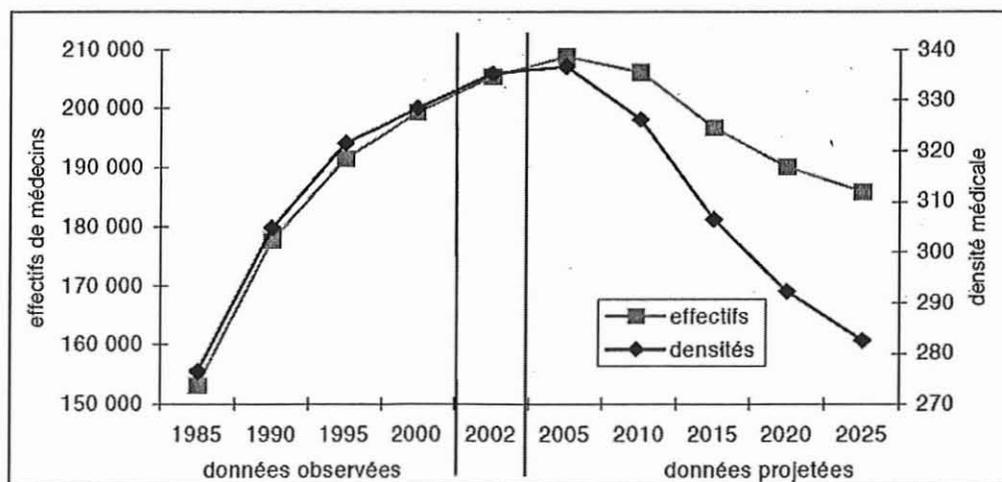


Figure 13 : Evolution des effectifs et de la densité médicale en France - Source : rapport annuel 2004 ONDPS⁶⁸ (85)

⁶⁸ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Le phénomène s'est déjà enclenché. La chute de la densité des médecins généralistes s'est amorcée en 2008 et s'est poursuivie en 2009. (86)

Parallèlement, les besoins en soins vont continuer de croître avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine. (87)

Comment dispenser plus de soins primaires avec un tiers d'effecteurs en moins ? Voilà le pari que devront remplir les réformes organisationnelles (la révolution ?) de la pratique des soins primaires en France. (88)

5.1.3.4.2 Les solutions à l'impasse numérique

En adoptant une vision simple des choses, et en faisant une règle de trois, il faudrait que les effectifs de 2025 travaillent 42% de temps supplémentaire pour faire face ne serait-ce qu'à la demande actuelle. Cela est impensable, d'autant que comme vu précédemment, les études montrent que les praticiens désirent travailler moins. D'ailleurs les projections font état d'une chute d'environ 40 % du temps de travail global d'ici à 2025. (85) (89) On peut parler de véritable crise. (74)

A noter qu'il ne s'agit pas d'un phénomène hexagonal, ni même propre au système « libéral » de soins. La situation est similaire dans des contextes aussi différents que les systèmes américains et anglais. Les raisons de cette crise varient mais tous se rejoignent sur l'urgence des mesures nécessaires. (74). Certains évoquent même la possibilité d'une disparition de la médecine générale. (90)

Comme solutions proposées à cette crise des soins primaires, on retrouve toujours la nécessité : (81) (91) (3) (92)

- des réformes en profondeur
- de la mise en place de nouveaux modèles dans la pratique des soins primaires
- de replacer la médecine générale au centre du système de soins
- de repenser les modes de rémunérations
- de développer le regroupement des professionnels
- de développer la délégation de tâches et la pluridisciplinarité
- de développer l'informatisation des cabinets et des pratiques

Il faut donc travailler à la rentabilisation du temps médical dont nous disposerons et transférer certaines tâches vers d'autres professionnels de santé. (3)

5.1.3.4.2.1 La rentabilisation du temps médical

Le temps de travail actuel d'un médecin de premier recours est composé de : (85)

- temps médical (temps passé auprès du patient au cabinet ou en visite à domicile)
- temps administratif (secrétariat, comptabilité, achat, service juridique, ensemble des démarches administratives)
- temps de déplacement
- temps de formation médicale continue

Pour certain praticien, le temps non médical peut représenter jusqu'à 50% du temps de travail. (85) Mais les données récentes (juillet 2009), montrent qu'en moyenne, les proportions de chaque temps sont les suivantes : (50)

- Diagnostic et soins : 61%
- Autres activités de soins et diagnostic (activité salarié, astreinte) : 16%
- Formation continue, lecture : 6%
- Conseil téléphonique : 3%
- Visiteur médicaux : 2% (4% assurance maladie, 96% industrie pharmaceutique)
- Autres activités (administratives, agenda, entretien cabinet) : 12%

Le temps de déplacement étant compris, dans cette étude, dans le temps « Diagnostic et soins » et n'a pas fait l'objet d'évaluation.

Il paraît facile de réduire le temps administratif par le transfert de tâche.

Concernant la visite à domicile, son intérêt est-il encore médicalement justifié ? Dans ses critères de remboursement, l'assurance maladie ne reconnaît aucun intérêt médical propre à la visite à domicile. Seuls les critères d'autonomies sont pris en considération. (93)

Une étude réalisée en Île de France en 2005 montrait que plus d'un tiers des médecins considérait être dans de mauvaises conditions d'exercice lors des visites (manque de matériel, environnement inadapté). Près de 40% reconnaissent examiner moins bien leurs malades qu'à leur cabinet. Enfin la majorité des praticiens reconnaissent que les visites à domiciles : (94)

- Relevaient plus du social que du médical
- Faisaient perdre du temps (23 minutes de plus qu'en cabinet)
- Les pénalisaient financièrement
- Et dévalorisaient le métier.

Cette étude concluait à la nécessité de réduire les visites à domicile aux seuls patients ne pouvant se rendre au cabinet. Malheureusement, la notion de mobilité des patients n'a pas été traitée dans l'étude. Un des moyens envisageable afin de réduire le temps de déplacement est de financer le transport des patients vers les structures de soins primaires. Pour ce qui est de l'intérêt de connaître l'environnement de vie des patients (notamment pour évaluer leur autonomie et leur condition sociale), il pourrait relever du social et du paramédical avec l'intervention d'aide soignants ou de kinésithérapeutes par exemple.

Aux vues des chiffres évoqués ci-dessus, la suppression du temps administratif et du temps de déplacement, permettrait d'économiser au moins 12% du temps médical, mais pas beaucoup plus. Nous serons encore loin d'avoir comblé la chute de 40% de temps médical disponible prévue pour 2025. De plus il faudra faire face à l'augmentation quantitative et qualitative des besoins.

Les études sur le temps de la consultation montrent qu'il ne faut surtout pas tomber dans le piège de la réduction du temps de consultation. Cette dernière est perçue par les praticiens et par les patients comme responsable d'une diminution de la qualité des soins et de la relation médecin-patient. (95) (96) Et dans les faits, il existe un lien évident entre le temps de consultation et la qualité de soins. (97)

Par ailleurs, comme vu précédemment, la nécessaire augmentation des activités de préventions, d'éducation à la santé et de coordination de soins est incompatible avec la réduction du temps de consultation.

Devant ce temps de consultation incompressible (voire en hausse), nous n'aurons d'autre choix que de concentrer le travail des spécialistes en soins primaires sur leurs compétences propres. Le transfert d'une partie de leur activité de soins actuelle sur d'autres professionnels de santé deviendra très probablement obligatoire.

En parallèle, il faudrait améliorer l'efficacité du temps médical. Pour cela le développement du travail collaboratif pluridisciplinaire est présenté comme une solution majeure. (72) (98) (82) (99) L'autre grande solution est le développement de l'outil informatique. Même s'il demande un temps d'investissement pour être maîtrisé, il permet de gagner du temps dans la prise en charge de patient mais aussi dans le travail de collaboration avec les autres professionnels de santé. (61) (81)

5.1.3.4.2.2 Le transfert d'une partie de l'activité vers d'autres professionnels

5.1.3.4.2.2.1 Transfert d'activités de soins

5.1.3.4.2.2.1.1 Définitions

Le « **transfert de compétences** » est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre. Les activités sont alors confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont autonomes dans la décision et la réalisation de ces actes. (41)

Dans le concept de « **délégation de tâches** », les professionnels qui délèguent gardent la responsabilité des actes délégués, même si ces derniers sont effectués par d'autres, selon des protocoles préétablis. Ce schéma implique une coopération optimale entre les différents protagonistes. (41)

5.1.3.4.2.2.1.2 Intérêt de la délégation de tâche

Comme évoqué ci-dessus, il s'agit de soulager les spécialistes en soins primaires de certaines de leurs tâches actuelles voir futures pour lesquelles leur intervention n'est pas indispensable.

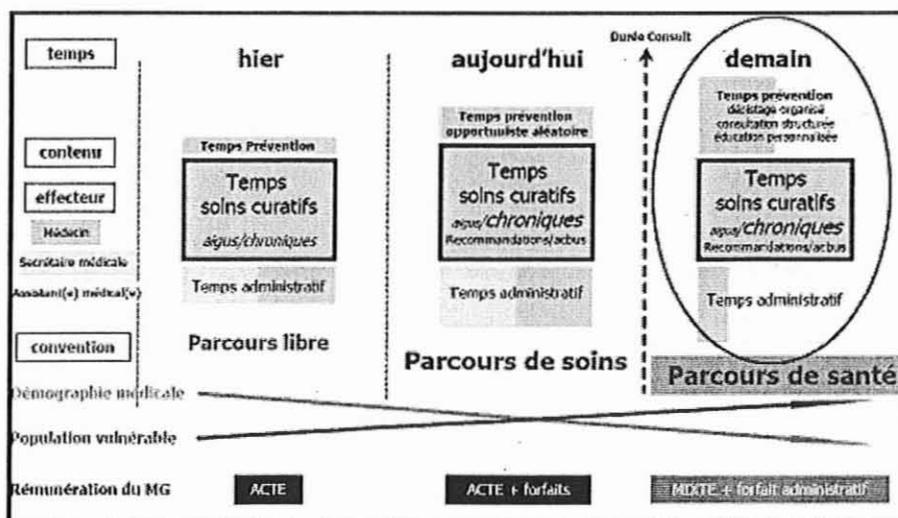


Figure 14 : Evolution de la composition du temps et de la répartition des tâches lors des consultations en soins primaires - Auteur : Dr M. Amouyal (85)

Comme illustré dans la figure 14, les généralistes doivent s'affranchir au maximum des tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences réservées. Cela passe par le travail avec des professionnels ayant

des compétences en soins et dans la gestion d'un dossier médical (infirmière, assistant médical), dans la gestion financière et matérielle du cabinet (manager) et dans la gestion socio-administrative des patients (travailleurs sociaux).

On voit qu'avec ce schéma, on pourrait réduire le temps médical consacré à une consultation, sans que la durée de cette dernière ne soit réduite. Au contraire, la durée est augmentée afin de permettre une prise en charge plus globale.

La plupart des travaux prouvent la faisabilité et l'efficacité du transfert de compétences. Cependant l'efficience n'est pas toujours clairement démontrée. (100) (101)

5.1.3.4.2.2.1.3 La délégation de tâches dans les faits

En France, la délégation de tâche en soins primaires est encore cantonnée à une seule expérimentation : le projet ASALEE⁶⁹. Des infirmières ont intégré des cabinets de groupe en tant que « collaboratrices de santé publique » salariées. Cette expérimentation a permis de montrer une amélioration de la prise en charge de certaines pathologies chroniques, voire un impact positif sur l'efficience des soins. A noter que cette expérimentation souligne la nécessité de mettre en place des rémunérations spécifiques permettant ce dispositif. (102)

A l'étranger, dans de nombreux pays, et notamment les pays anglo-saxons, la délégation de tâches dans le domaine des soins primaires est devenue une pratique courante, et ce depuis une trentaine d'années. En quelques années, elle a permis une nouvelle organisation du travail dans le domaine des soins primaires, notamment à la création de nouveaux métiers tels que celui d'infirmière praticienne, ou celui d'infirmière en médecine légale. Celles-ci effectuent alors des actes normalement réservés aux médecins (telle que la prescription) et encadrés par des protocoles précis. (41) (103) (104)

Le transfert ne se fait pas toujours vers des infirmières. Dans certains pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce sont d'autres professionnels de santé spécialement dédiés aux médecins, les assistants médicaux, qui permettent d'accroître les services rendus par les cabinets de groupe. (41) En Angleterre, on voit aussi des transferts vers les pharmaciens qui ont l'autorisation de renouveler les traitements. (103)

Toutes ces nouvelles fonctions, ces nouveaux métiers nécessitent à chaque fois la redéfinition des champs de compétences de chaque acteur. S'y associe la création de formations spécifiques. Elles peuvent être complémentaires pour les IDE⁷⁰ ; ou alors créées « de novo » lorsqu'un nouveau métier apparaît (comme les assistants médicaux). (41)

5.1.3.4.2.2.2 Transfert de tâches non sanitaires

Comme vu précédemment le temps administratif représente en moyenne 12% du temps de travail des médecins.

Selon la nature des tâches concernées, le transfert de ces tâches peut se faire vers différents professionnels.

⁶⁹ Action de Santé Libérale En Equipe

⁷⁰ Infirmière Diplômée d'Etat

Un secrétariat peut réaliser de nombreuses tâches tel que : accueil physique et téléphonique, gestion de la prise de rendez-vous, courrier, numérisation de document, rappel de patient, gestion des fournitures.

Les services d'un comptable paraissent indispensables. Tout comme ceux d'un personnel d'entretien pour réaliser le nettoyage quotidien des locaux recommandé par les autorités sanitaires.

Enfin, dans des cabinets de groupe employant beaucoup de personnel, l'emploi d'un « manager » pour gérer les ressources humaines et matérielles pourrait être pertinent. Des maisons de santé font déjà appel aux services d'une personne coordinatrice.

La MSA et l'assureur Groupama sont en train de lancer une expérimentation⁷¹ de plate-forme de services pour les médecins généralistes de deux départements français. Concrètement, un coordinateur de service proposera à tous les généralistes, isolés ou regroupés, d'un secteur limité, une aide pour les tâches administratives, la gestion du cabinet, la coordination pluridisciplinaire, la recherche de remplaçant, etc. Les initiateurs du projet espèrent dégager jusqu'à une dizaine d'heure par semaine pour chaque praticien. Ils évoquent aussi l'objectif de réduction du stress lié à la charge de travail. Ce service sera gratuit. (105)

Cette expérimentation montre qu'une coordination de plusieurs cabinets par une seule personne est possible et potentiellement efficiente. Ainsi on pourrait imaginer qu'un manager travaille simultanément sur plusieurs maisons de santé ou pôle de santé (cf. définitions paragraphe 4.1.3.5.2.3.1 ci dessous).

Enfin, la gratuité des services de ce projet montre que ces transferts sont espérés et attendus par les professionnels mais que le paiement à l'acte ne permet pas des les financer.

5.1.3.4.2.3 Les regroupements pluri-professionnels et pluridisciplinaires – une solution pour relever le défi de la démographie et de la qualité des soins.

Evoquant la prévention dans un entretien avec un journaliste du monde, Didier Tabuteau⁷² disait « *La pluridisciplinarité est essentielle dans ce domaine. La santé ne peut, ni ne doit dépendre exclusivement de la médecine.* » (87)

5.1.3.4.2.3.1 Maisons de santé, centre de santé, pôle de santé - définitions

La littérature peine à donner un nom et une définition consensuelle pour les regroupements pluridisciplinaires (106). La définition suivante permet de rassembler toutes les entités :

« *Lieu physique ou virtuel, où sont regroupés plusieurs professionnels de santé qui partagent un projet de soins commun. L'objectif est la prise en charge du patient dans sa globalité. Pour cela, différents moyens sont mis en place comme le travail en interprofessionnalité jusqu'à la délégation de tâches. L'égalité à l'accès aux soins est un des fondements essentiels* » (106) On pourrait y ajouter la notion de prise en charge d'un bassin de population par l'ensemble de l'équipe professionnelle.

⁷¹ Cette expérimentation a été baptisée « Pays de santé », elle est censée débuter en automne 2009 en Dordogne et dans les Ardennes

⁷² Didier Tabuteau est conseiller d'Etat et spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale. Il a été directeur de cabinet de Bernard Kouchner au ministère de la santé (1992-93 et 2001-02). Premier directeur général de l'Agence du médicament (1993-97), il a été chargé en 2000 de la préparation de la loi sur les droits des malades. Il dirige actuellement la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité. Il est aussi rédacteur en chef de la revue SEVE. Enfin il est Professeur associé à l'Université Paris V – René Descartes et responsable de la chaire « Santé » à Science-Po

« MDSP⁷³ » et « centre de santé » regroupent les professionnels dans une unité géographique. Quant au « pôle de santé », il constitue un groupe virtuel de professionnels éclatés géographiquement mais qui soignent ensemble le même groupe de patient. (107)

Aucun terme n'est actuellement dédié pour rassembler ces trois entités. Pourtant elles constituent un concept identique faisant l'objet de plusieurs articles de la loi HPST (14) et d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé (« L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé » novembre 2007) (107). Aussi nous proposons le terme de Regroupement Pluri-professionnel et Pluridisciplinaire de Santé : RPPS⁷⁴. A noter que ce terme implique les dimensions physiques, mentales et sociales de la santé.

Dans la suite de notre propos, nous utiliserons le terme générique de RPPS chaque fois que des données de la littérature pourront être appliquées à ces trois entités. Sinon, nous utiliserons les termes individuels.

5.1.3.4.2.3.2 L'intérêt des RPPS

Comme nous l'avons vu précédemment, le regroupement de professionnels de santé est une des solutions majeures proposées pour faire face aux problématiques de démographie médicale. (108)

Comme deuxième intérêt, des moins négligeables, les RPPS sont de plus en plus évoqués comme indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. (72) (98) (82) (99)

Par exemple les services offerts par les groupes de médecins sont plus étendus en termes d'horaires et sont potentiellement plus variés. Il semble que les groupes puissent potentiellement développer une offre de services plus large que celle offerte par les cabinets individuels du fait de : (46)

- la gamme plus étoffée de diplômes complémentaires dont sont titulaires les médecins évoluant en groupe
- la présence d'un secrétariat
- d'un équipement, tant médical qu'informatique, plus fourni
- l'accueil d'étudiants plus fréquents

Par contre, une productivité supérieure au sein des cabinets de groupe (temps de consultation, nombre de consultations hebdomadaires) n'est pas encore établie. (46)

Enfin les RPPS, parce qu'ils améliorent la santé des populations par la prévention et l'éducation, et non pas par une prise en charge curative qui se révèle être plus onéreuse, sont aussi vus comme un outil de maîtrise des dépenses de santé. (82)

5.1.3.4.2.3.3 Les critères de qualité d'un RPPS

Les modèles de RPPS varient d'une réalité géographique à une autre et d'un système de santé à un autre. (82) Tant et si bien qu'il paraît impossible de présenter un cahier des charges précis de ce que doit être un RPPS. (109) (106)

⁷³ Maison De Santé Pluridisciplinaire

⁷⁴ Regroupement Pluri-professionnel et Pluridisciplinaire de Santé

La HAS, recommande que chaque RPPS : (107)

- s'appuie sur une structure juridique commune
- dispose d'une salle de réunion adaptée
- s'appuie sur l'utilisation d'un dossier-patient commun
- offre un lieu de maîtrise de stage optimisé (intérêt pour le 3ème cycle de médecine générale)
- réunit ses adhérents à un rythme régulier, entre 6 et 10 fois par an
- assure la continuité des soins
- participe à la prévention, individuellement et collectivement lors de rencontre avec les patients
- organise l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques

La CNAMTS⁷⁵ attend d'un RPPS de : (110)

- maintenir les professionnels de santé exerçant actuellement dans les zones rurales et péri urbaines, et inciter de nouvelles installations
- Organiser la complémentarité et l'interdisciplinarité des interventions des professionnels au sein du RPPS
- Mettre en place le cas échéant des protocoles de prise en charge des patients définissant, dans le respect des recommandations de bonne pratique et des règles déontologiques, le rôle de chacun des professionnels de santé du RPPS dans le suivi des pathologies chroniques.
- Mettre en place un dossier patient partagé
- Mutualiser les compétences et les savoirs
- Créer des liens avec l'hôpital
- Encourager la participation des professionnels de santé à des actions de santé publique dans le cadre de priorités régionales
- Renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé
- Mettre en place les conditions propices à un exercice coordonné avec les professionnels et structures hors du RPPS
- Apporter une réponse de proximité aux populations des zones sous-médicalisées
- Renforcer la coordination et la continuité des soins notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques
- Développer la prévention et l'éducation thérapeutique du patient
- Faciliter l'organisation de la permanence des soins en dehors des heures ouvrées
- Permettre au professionnel de mieux gérer son temps notamment en vue de lui permettre de suivre des actions de formation

Selon une revue de la littérature internationale, la qualité d'un RPPS est plutôt liée à : (82)

- Sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population dont il a la charge
- Recrutement de travailleurs sociaux
- La présence de médecins des autres spécialités

Pour revenir sur la présence de médecins des autres spécialités, leur collaboration à des équipes pluridisciplinaire de proximité (extrahospitalières) accroît la qualité et l'efficacité des soins. Elle améliore l'accessibilité aux soins et le niveau de satisfaction des patients. (111)

⁷⁵ Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux

Les professionnels présentés comme utiles au sein d'un RPPS :

- Spécialistes en soins primaires (82) (106)
- Médecins des autres spécialités (82)
- Infirmières (82) (106)
- Kinésithérapeute (82) (106)
- Pharmacien (82)
- Ergothérapeutes (82)
- Diététiciens (82)
- Chirurgien-dentistes (109)
- Travailleurs sociaux (82) (106) (109)
- Services d'aides à la personne (109)
- Représentants des patients (82)
- Manager (82)

Les trois professionnels qui paraissent comme essentiels à la maison de santé pluridisciplinaire sont : le médecin généralistes, l'infirmière et le kinésithérapeute. (109)

Chose importante : pour chaque patient, il doit persister le choix d'un médecin « référent » parmi l'équipe médicale. La relation médecin-patient individuelle avec des contacts répétés dans le temps doit être maintenue parce : (82)

- qu'elle permet d'améliorer la connaissance de l'histoire médicale mais aussi personnelle d'un patient. Cette connaissance améliore sa prise en charge.
- Qu'elle accroît la possibilité de mettre en place une éducation thérapeutique et une gestion de la santé adaptée à chaque patient

En France, l'Ordre des médecins émet deux restrictions majeures dans son rapport « Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale » de décembre 2008. Selon le code de déontologie, les médecins ne peuvent s'associer au sein d'une maison de santé avec les pharmaciens et « *les professions dont les contours sont mal définis et pour lesquels la présence de médecins peut servir de caution et entretenir une certaine confusion sur leur champ d'exercice (ostéopathes, par exemple).* » Ce rapport rappelle aussi qu'un « *dossier médical partagé par tous les professionnels n'est pas acceptable* » (112) Ces deux freins à la pluridisciplinarité pourraient appeler à d'éventuelles réformes du code de déontologie.

Enfin une MDSP semble devoir être composée des locaux suivants : (109)

- des bureaux pour les professionnels
- un accueil, des sanitaires et une salle d'attente
- une salle de réunion (pouvant être utilisée comme salle de détente et bibliothèque)
- une salle de secrétariat médical différente de l'accueil
- une salle d'urgence et de petites interventions
- des logements pour accueillir les remplaçants et les étudiants
- un local d'archives
- un local dédié au matériel d'entretien et au stockage des déchets
- un vestiaire pour le personnel

5.1.3.5 *Évolution du cadre législatif*

5.1.3.5.1 La loi européenne

Tout d'abord, rappelons que l'influence européenne et les exigences du droit communautaire sont grandissantes sur l'enseignement et la pratique de la médecine générale française. En effet, au titre de la formation spécifique en médecine générale⁷⁶, puis de la libre circulation des médecins⁷⁷, et enfin de la reconnaissance des qualifications professionnelles⁷⁸, trois directives européennes ont été édictées. (3)

Dans nos recherches, nous n'avons pas trouvé de projet de loi européenne concernant notre sujet.

5.1.3.5.2 La loi française

Pour ce qui est de la loi française, la récente loi HPST porte un certain nombre de réformes dans la pratique des soins primaires. (14)

Bien que certains de ses aspects soient critiqués par une partie des syndicats senior des médecins libéraux (113), cette loi est soutenue par les représentants des futurs généralistes. (114)

Publiée le 22 juillet 2009, les décrets d'applications sont en cours de rédaction. Aucun n'a encore été publié au 2 octobre 2009.

5.1.3.5.2.1 *Enfin une définition des soins primaires et des missions des spécialistes en soins primaires*

Pour la première fois dans le droit français, sont définis les soins de premier recours (ou primaires) et les soins de second recours. En ce sens l'Article 36 de la loi HPST peut être considéré comme une grande avancée pour les soins primaires et la médecine générale. Il institutionnalise les soins primaires en définissant leur cadre :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
4. L'éducation pour la santé.
5. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

⁷⁶ Directive 86/457/CEE du Conseil, 15 septembre 1986

⁷⁷ Directive 93/16/CEE du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres

⁷⁸ Directive 2005-36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle concerne les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin.

Pour la médecine générale, l'Article 36 de la loi HPST est la première définition législative de ses spécificités :

1. Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
2. Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
3. S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
4. Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
5. S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
6. Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
7. Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
8. Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

5.1.3.5.2.2 L'accès de tous à des soins de qualité

Cette réforme semble décidée à rétablir cette égalité chère aux principes républicains. Elle y consacre un titre entier sur les quatre que comporte la loi.

Le titre II, intitulé « Accès de tous à des soins de qualité » contient 44 des 135 articles de la loi (Articles 36 à 80).

L'article 49 tente de mettre en place des dispositions pour permettre la continuité des soins en cas d'absence du médecin traitant. Ce dernier doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

Les décrets d'application sont en cours de rédaction et certains font déjà parler d'eux. Dans le Quotidien du Médecin du 3 septembre 2009, on pouvait lire : « *Un projet de décret précise les modalités d'organisation de la continuité des soins en médecine de ville. A défaut de remplaçant, le médecin devra avertir au moins deux mois à l'avance le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées de plus de six jours ou en période de « pont ». Il devra indiquer à ses patients le confrère à qui s'adresser. Certains syndicats fustigent un dispositif jugé vexatoire, d'autres jugent que ce texte formalisera ce qui existe déjà.* » (113)

Cette proposition de décret montre que la pression va croître sur les praticiens pour qu'ils s'organisent afin de garantir la continuité de soins. Elle montre aussi que les médecins remplaçants sont destinés à prendre une place majeure dans le système de soins, notamment pour participer à la continuité des soins.

Autre pression de nature à modifier les pratiques, le « contrat santé solidarité » est décrit dans l'article 43 de la loi HPST. Ce dispositif a vocation à contraindre, financièrement, les médecins installés en zone surmédicalisée à participer à l'offre de soins en zone déficitaire. Il s'agit de ne pas faire peser la responsabilité de l'inégalité de l'offre de soins uniquement sur les jeunes générations. En pratique, cela doit être réfléchi afin de ne pas rompre la continuité des soins « en ville » pour pouvoir l'assurer « en campagne ».

5.1.3.5.2.3 La pluridisciplinarité promue et structurée à condition de remplir des contrats d'objectifs

Concernant les RPPS, ils font l'objet, pour la première fois, d'une réglementation structurante.

Jusqu'à présent l'Article L6323-3 du code de santé publique ne donnait qu'une définition des maisons de santé. La loi HSPT y ajoute la définition des pôles de santé (Article 40) et précise celle des maisons de santé (Article 39). Ensuite, elle définit un cadre et des obligations pour les RPPS.

La loi HPST, dans son Article 39, oblige les professionnels exerçant dans une maison de santé, à élaborer un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné. Tout membre de la maison de santé devra adhérer à ce projet de santé. Celui-ci sera transmis à l'ARS⁷⁹.

Les aides sont prévues à la création des RPPS. Elles seront soumises aux besoins définis par le SROS⁸⁰. Elles seront subordonnées à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS. (Article 118 de la loi HSPT)

Les ARS proposeront aux professionnels de santé isolés, comme aux RPPS, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Il y aura des contreparties financières (Article 118 de la loi HSPT). Ce dispositif de rémunération à la performance est identique au CAPI évoqué précédemment, à la différence qu'il permettra la création de « contrat-types » régionaux. Cela ouvrira la possibilité d'organiser une santé adaptée aux spécificités régionales, voir infra régionales.

5.1.3.5.2.4 Le transfert des tâches

L'article 51 de la loi HSPT met en place le transfert d'activité ou d'acte de soins entre les professionnels de santé.

Le texte ne pose aucune restriction à ces transferts. Il laisse l'initiative aux professionnels d'engager des démarches de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. A noter que les professionnels seront tenus d'informer leurs patients de l'existence de ces protocoles de coopération.

Tout semble imaginable, dans la mesure où ces transferts interviennent dans les limites des connaissances et d'expérience des professionnels concernés. Ils devront aussi faire l'objet de protocoles qui devront être validés par l'ARS.

Il est même prévu que les protocoles de coopération qui connaîtront une extension nationale, soient intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé.

Autre transfert mis en place : le renouvellement des traitements chroniques par les pharmaciens. L'Article 38 donne la possibilité à ces derniers, à la demande ou après accord du médecin traitant, de :

- renouveler à l'identique les traitements chroniques
- adapter leurs posologies
- faire des bilans de médicaments pour en optimiser les effets.

⁷⁹ Agence Régionale de Santé

⁸⁰ Schéma Régional d'Organisation des Soins

5.1.3.5.2.5 La prévention mieux rémunérée

L'Article 55 met en place une consultation annuelle de prévention pour les 16-25 ans auprès de leur médecin généraliste, avec dispense d'avance des frais.

Cette consultation s'ajoute à la consultation annuelle de prévention prévue pour les patients en ALD.

5.1.3.5.2.6 Les pratiques innovantes

Dans son Article 78, la loi HPST établit les grands principes de la télémédecine.

Il s'agit d'une pratique médicale dans laquelle un médecin doit toujours intervenir (+/- patients +/- autres professionnels de santé). Elle a vocation à :

- établir un diagnostic
- d'assurer des suivis à visée préventive ou post-thérapeutique
- de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique
- de prescrire des produits,
- de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

5.1.3.5.2.7 Le changement de gouvernance des soins

La loi HPST, dans son quatrième et dernier titre « Organisation territoriale du système de santé » révolutionne le mode de gouvernance de la santé en France.

En créant les ARS, le législateur dote la région d'une entité unique pour l'organisation des soins dans leur globalité :

- santé dans toutes ces dimensions
- soins ambulatoires et hospitaliers
- gouvernance partagée par les usagers, les professionnels, les organismes financeurs et les représentants de l'état

Cela traduit la nécessité :

- D'avoir une approche globale
- D'avoir la possibilité de faire des réformes profondes
- D'une décentralisation de la gouvernance de la santé

Bien que les directeurs des ARS soient nommés en conseil des ministres, leur autonomie décisionnelle sera grande.

Cette gouvernance régionale de la santé était attendue depuis 15 ans. (87)

5.1.3.6 Pratiques innovantes et évolution de l'informatisation de la santé

5.1.3.6.1 Développement des outils informatiques

5.1.3.6.1.1 Introduction

Dans nos recherches, la plus ancienne publication retrouvée sur le sujet remonte à 1982 avec une publication suédoise sur l'utilisation d'ordinateur pour prescrire. (115) On peut considérer cette réflexion comme relativement précoce puisqu'à l'époque, les interfaces graphiques (comme Windows®) n'existaient pas encore. C'est avec le Macintosh (1984) qu'apparaissent les premiers ordinateurs de bureau dotés d'une interface graphique et d'une souris. (116)

Dossier médical informatisé (ou « recueil informatique des données »), prescriptions assistées, télécommunication, bases documentaires, etc., l'utilité de l'informatique dans la pratique médicale est unanimement reconnue. (117) (118) (54) (119)

En effet les nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC⁸¹) ont le potentiel d'améliorer : (82) (54)

- la qualité des soins
- l'évaluation des pratiques
- l'éducation des patients
- les communications entre les acteurs du système de soins

Selon un sondage TNS Sofres réalisé en avril 2009 pour le conseil national de l'Ordre des médecins sur l'opinion du grand public et des praticiens quant à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé, 91% des Français et 68% des médecins sont favorables à l'usage des nouvelles technologies dans le cadre de l'exercice médical. (56)

Mais comme vu précédemment (paragraphe 3.1.2.1.2.3.2) l'outil informatique est largement sous utilisé en France, mais aussi dans des pays comme le Canada qui fait souvent office de modèle pour les soins primaires.

Son développement est indispensable à l'évolution des soins primaires et de manière plus générale à celle de système de santé. D'ailleurs l'informatisation de la santé fait l'objet d'investissements massifs des états. Le président américain Barack Obama a annoncé en 2009 un plan de financement de 19 milliards de dollars (13,1 milliards d'euros) pour promouvoir la prescription informatique et le recueil informatique des données. (120) En Europe, l'Union Européenne a lancé en 2004 un programme d' « eSanté ». (61) Il s'agit d'encourager les investissements dans les NTIC dans le secteur de la santé. En 2007, la Commission a lancé un projet européen visant à favoriser l'échange d'un résumé des données essentielles de santé du patient et de prescriptions électroniques entre États membres de l'Union Européenne (projet SOS). Ce projet pilote à grande échelle sur la santé en ligne est accompagné par les autorités européennes et ses résultats sont diffusés par l'intermédiaire du réseau CALLIOPE⁸². (121)

A noter qu'il est établi que ces développements doivent intégrer une réflexion internationale pour l'interopérabilité des systèmes. (61) (122)

⁸¹ Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication

⁸² CALL for InterOPERability, réseau européen mandaté pour travailler au développement des outils d'eSanté en Europe. Source : <http://www.calliope-network.eu>

5.1.3.6.1.2 *Le dossier médical personnel*

5.1.3.6.1.2.1 *Introduction*

Selon l'ASIP Santé⁸³, le DMP est la clé de voûte du parcours de soins. Lancé par la loi du 13 août 2004, c'est un service conçu pour mettre à la disposition de chacun des bénéficiaires de l'assurance maladie, un dossier médical, qui est placé sous son contrôle. Ce dossier médical électronique sécurisé sera accessible par Internet. Il contiendra en permanence les informations médicales pertinentes nécessaires à la prise en charge du patient. Il aura pour vocation première d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé. (123)

En France, le développement de systèmes d'information permettant le partage de l'information médicale dans le cadre d'un dossier patient virtuel constitue aujourd'hui un enjeu stratégique majeur pour l'évolution de notre système de santé. (54) D'ailleurs, entre 40 % et 50% des médecins prévoient que l'introduction du dossier médical personnel aura un retentissement important dans leurs pratiques. (48)

Le projet bénéficie d'un plan de relance en vue d'une mise en ligne en 2010. (54)

Sur le plan international, les pays à haut revenu sont tous engagés dans une démarche de déploiement d'un DMP, chacun en fonction de son histoire et de sa maturité vis-à-vis des technologies de l'information et de la communication dans la santé. A noter que tous les pays s'orientent vers l'utilisation de standards internationaux ce qui entraîne une certaine convergence technique. Celle-ci est souhaitée et souhaitable. (122)

5.1.3.6.1.2.2 *Les grandes lignes du DMP français*

Le Rapport de la mission de relance du DMP (IGAS, 23 avril 2008) dirigé par Michel Gagneux, Président de l'ASIP Santé, définit ce que sera le DMP en France. (54)

Le DMP sera partagé par tous les patients et par tous les professionnels de santé (établissements de soins publics et privés, médecins de ville, généralistes et autres spécialités, laboratoires de biologie médicale et centres de radiologie, réseaux de santé, autres professionnels de santé).

Le DMP a vocation à améliorer le dialogue entre le médecin et le patient. Il donnera à ce dernier la possibilité d'être un acteur de sa santé. D'ailleurs les patients auront accès direct à leur dossier, sans intermédiaire médical.

Les choix techniques serviront les nécessités d'usage et non l'inverse. Aussi il est prévu une parfaite compatibilité avec les logiciels utilisés dans les cabinets médicaux (« logiciel métier ») afin d'éviter toute double saisie des données. Cependant chaque professionnel de santé conservera son ou ses dossier(s) médical(aux) « métier ». En effet chacun de ces acteurs, dans le cadre des référentiels de bonnes pratiques et des protocoles de soins de sa discipline, a ses propres besoins et sa propre conception du dossier, de son contenu, de sa structure et de son usage.

Le contenu et l'infrastructure du DMP seront évolutifs et basés sur des normes et des référentiels d'interopérabilité. A l'évidence, il ne pourra pas y avoir de dossier patient électronique partagé sans une sécurisation majeure des données.

⁸³ Le Conseil d'Administration du Groupement d'intérêt public Dossier Médical Personnel (GIP-DMP) a voté le 16 juillet 2009 la transformation de sa convention constitutive, portant ainsi création de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé)

Le DMP ne sera pas une accumulation de toutes les données produites ou disponibles concernant le patient. L'objectif du projet est de permettre l'échange et le partage à la fois entre les professionnels de santé, mais aussi entre les professionnels et le patient. Seront échangées des données considérées comme utiles à la prise en charge des patients, et de façon plus générale à la qualité, à la sécurité, à la coordination et à la continuité des soins qui lui sont prodigués. Charge aux professionnels, dans le respect du consentement du patient, de choisir les données à partager et ceux de ces confrères qui y auront accès. Le patient aura aussi la possibilité, sans intermédiaire médical, d'y déposer des informations.

Ainsi, certaines informations n'ont pas vocation à figurer dans le dossier médical personnel :

- celles dont le patient n'a pas autorisé le dépôt dans le dossier partagé
- celles jugées comme non utiles ou non pertinentes
- celles qui ont un caractère sensible et dont la prise de connaissance par le patient est susceptible d'avoir des conséquences contraires à la qualité de soins et à la bonne relation entre le médecin et le patient
- celles qui ne sont pas encore stabilisées ni validées par leurs auteurs (exemple : éléments préparatoires aux réunions de concertation pluridisciplinaire)

Les nécessités du partage de l'information, de l'informatisation des processus de soin, de l'utilisation de guides de bonnes pratiques à partir des données du patient, conduiront inéluctablement à une structuration progressive de l'information.

Les informations structurées sont des données recueillies dans des questionnaires, codifiées selon des règles et des nomenclatures communes, et susceptibles d'être directement lues par des outils informatiques. Dans la collecte de donnée, il n'y aura plus de place à la saisie de texte libre.

Il s'agit de la plus grande contrainte que vont connaître les professionnels et les patients dans la prise en main du DMP. Ils devront être formés à cette nouvelle technique de saisie des données, à l'utilisation des nomenclatures.

Cette standardisation des données est un des aspects les plus importants du DMP. Elle permettra une utilisation transverse des informations médicales et le développement, au profit des professionnels puis des patients, de services ajoutant au dossier partagé une valeur supplémentaire : présentation dynamique des informations selon l'utilisateur, outils d'aide à la décision, d'évaluation de la pratique, de suivi de la patientèle ou de santé publique.

Le DMP comportera aussi des outils destinés aux patients. Afin que le patient devienne réellement un acteur de sa santé et de sa prise en charge médicale, il convient de lui fournir non seulement des informations, concernant par exemple le dépistage, la prévention, la compréhension de sa maladie, mais également des facilités ou des services lui permettant de suivre son traitement et de surveiller son état, dans le cas de maladies chroniques en particulier.

En fait le nouveau « projet DMP » est plus global que le dossier médical personnel tel qu'il a été défini par le législateur. Aussi nommé « Espace médical partagé », il s'agit d'un système plus large et multipolaire d'échange et de partage d'informations médicales et de santé. On pourrait le figurer par trois cercles concentriques (figure 15).

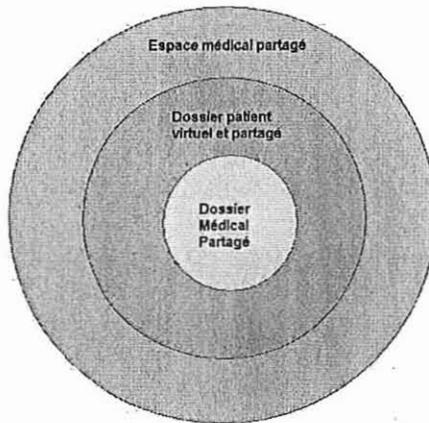


Figure 15 : Schéma de L'Espace médical partagé

- **Le Dossier médical personnel (DMP)** : il rassemble les informations concernant un patient qui ont été mises en commun à des fins d'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins, et auxquelles le patient peut accéder directement sans intermédiaire médical.
- **Le Dossier patient virtuel et partagé** est mis à la disposition des professionnels de santé habilités dans le cadre des dispositions légales relatives aux droits des patients. Il comprend l'ensemble des informations utiles à la coordination des soins concernant un patient et contenues dans un dossier patient virtuel, constitué des dossiers partagés spécialisés (dossier communicant de cancérologie, dossiers des réseaux de soins...). Ce dossier patient virtuel partagé englobe donc le DMP, et comprend les informations auxquelles le patient n'a pas accès directement (données sensibles dans l'attente de la consultation d'annonce et documents en cours de finalisation par exemple).
- **L'Espace médical partagé** : il comprend, en sus du dossier patient virtuel partagé, les documents rendus accessibles à partir du dossier patient virtuel. L'accès à ces documents se fait par des liens, qui peuvent renvoyer par exemple vers les dossiers médicaux des établissements de santé. Chaque dépositaire de ces informations accessibles par lien est responsable des conditions de mise à disposition et de conservation des données dont il a la charge, sous réserve du respect des référentiels nationaux.

5.1.3.6.1.2.3 Synthèse du le projet DMP

Au final le nouveau projet DMP est un outil qui se veut être le plus adapté possible à la pratique médicale tout en apportant des bénéfices majeurs à la fois aux praticiens et à la fois aux patients.

Pour les praticiens, il s'agira de disposer d'un véritable dossier global, partagé et renseigné par tous. Son utilisation se veut simple mais représentera quand même une contrainte majeure d'apprentissage. Sa simplicité relève d'une utilisation identique aux logiciels métier déjà utilisés par les praticiens. La contrainte majeure tient de l'apprentissage de la saisie standardisée des informations.

Pour les patients, le DMP sera développé pour les impliquer plus avant dans la gestion de leur santé. Ils participeront à l'élaboration de son contenu et des règles de partage des informations les concernant. D'autres outils sont prévus afin de délivrer aux patients de nombreuses informations. Ces dernières pourront être générales (prévention, éducation, dépistage, organisation des soins) ou adapté au patient (information sur ses maladies, ses traitements, etc.)

En sommes, le potentiel du DMP paraît gigantesque tant par le recueil épidémiologique qu'il permettra, que par son amélioration directe de la santé des patients.

5.1.3.6.1.3 *Les autres outils informatiques*

Les observatoires informatisés et continus des pratiques médicales (cf. paragraphe 3.1.2.1.2.3.2.2.) restent légitimes malgré le vaste recueil que permettra le DMP. En effet, comme vu précédemment, le DMP ne contiendra pas certaines informations spécifiques à la pratique de soins primaires. La connaissance de ces données reste primordiale pour la recherche en soins primaires.

L'utilisation des logiciels « métier » doit encore progresser. Encore un tiers des praticiens ne les utilisent pas. (56) D'autant qu'ils évoluent et propose de nouvelles fonctionnalités comme l'aide au dépistage. Depuis peu, la SFMG met à disposition gratuitement son logiciel « Dépican ». Ce logiciel permet de proposer la meilleure conduite de dépistage en fonction des facteurs de risque des patients et de la revue de la littérature. Ce module, actuellement autonome, est en cours d'intégration par certains éditeurs à leur logiciel de dossier médical. (72)

Autre fonctionnalité qui a fait la preuve d'un intérêt : les rappels informatiques durant la consultation. Une étude IRDES menée en 2004 a montré qu'ils améliorent les pratiques des médecins généralistes. (124)

La télémédecine existe déjà. Par exemple dans la maison médicale Bletterans (Jura), un système de web-conférence a été mis en place afin de permettre un échange avec l'École Européenne de Chirurgie. Les exemples de prise en charge croisée abondent. (108) Cet outil paraît pertinent pour les échanges avec des professionnels hyperspécialisés qui ne peuvent incorporer des pôles de santé. Il est d'ailleurs préconisé dans le rapport de Jean Yves Grall sur la permanence des soins de 2007. Ce dernier propose le développement de la « télé-expertise » dans les zones isolées et difficiles d'accès dans le but d'améliorer l'accès de tous à des soins de qualité mais aussi pour optimiser le temps médical. (125)

5.1.3.6.2 De nouvelles pratiques innovantes

5.1.3.6.2.1 *Grâce aux nouvelles technologies*

Le transfert électronique des ordonnances existe déjà dans d'autre pays. Sous réserve de procédure de contrôles des erreurs, son évaluation semble prometteuse en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité de soins. (126)

L'utilisation des PDA⁸⁴ dans la pratique quotidienne a été étudiée en milieu hospitalo-universitaire mais pas en soins primaires. Elle semble utile quotidiennement aux praticiens et aux étudiants. (127) On pourrait se poser la question d'une évaluation en soins primaires, notamment pour la visite médicale.

La consultation téléphonique peut assumer de nombreuses fonctions : demande de renseignements, demande de prescription, suivi de pathologie chronique. Elle est développée en Angleterre. Elle est codifiée, fait l'objet d'une rémunération et d'une responsabilité médico-légale. (103) En France, elle existe de manière informelle dans le cadre de la permanence de soins. Elle permet aux médecins régulateurs de prescrire par téléphone. Le rapport de Jean Yves Grall de 2007 sur la permanence des soins, demande que cette pratique soit organisée et encadrée. (125)

Le développement de portails internet fait aussi partie des innovations récentes. Ils participent à l'éducation et l'information des patients. Ils mettent à dispositions des informations et des outils pour les professionnels de santé concernant leur pratique, leur formation médicale continue, etc.

⁸⁴ Personal Digital Assistant

Par exemple le site internet www.infocitoyen33.sante.gouv.fr dispose d'un accès pour les citoyens. Sur cette partie est mise en ligne des données provenant des établissements hospitaliers et en partie de la médecine libérale : médecin de garde, coordonnées téléphoniques, etc. Il dispose d'un lien vers le site AMELI de l'assurance maladie, qui propose des données tarifaires. Et d'autres informations comme des informations de prévention, informations administratives, offres de soins, permanence de soins...). Certaines données (nombre et disponibilité des lits de réanimation, neurochirurgie,...) sont accessibles aux seuls professionnels de santé. Ainsi, par exemple, le médecin régulateur peut connaître l'état du système de santé et orienter un patient vers l'établissement le plus pertinent. (128)

5.1.3.6.2.2 Grâce à de nouvelles coopérations

Une étude française a évalué l'impact de consultation confraternelle sur le comportement des patients en termes d'observance des prescriptions et des conseils hygiéno-diététiques. Lorsque le patient était entrepris, lors d'une même consultation, par son médecin traitant et un médecin conseil de l'assurance maladie (examen clinique conjoint, information dispensée par les deux médecins) son comportement changeait en vue d'une amélioration de son observance des recommandations. Cependant ce dispositif est trop coûteux pour être généralisé. (129)

Mais on pourrait se poser la question de l'intérêt de développer des consultations à deux en soins primaires. Avec un médecin responsable et un « auxiliaire médicale » (IDE, assistant médical) pour chaque consultation. Cela permettrait de gagner du temps médical en transférant le maximum de tâches sur l'auxiliaire (accueil du patient, recueil et saisie d'information, saisie des conclusions et des prescriptions, explications, éducation). Et aux vues de cette étude, cela pourrait avoir en plus un impact positif sur le comportement des patients.

5.1.3.7 Les attentes des praticiens

La médecine générale connaît une crise des vocations. Les attentes des praticiens, notamment des futurs généralistes sont donc primordiales à prendre en considération. Rendre les médecins heureux dans leur exercice professionnel est très clairement un des enjeux de l'évolution actuelle. (74)

Dans ses revendications sur l'exercice professionnel, l'ISNAR-IMG⁸⁵, intersyndicale nationale à laquelle adhèrent plus de 80% des internes de médecine générale, propose : (130)

- Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires
- Le transfert de tâches non médicales vers d'autres professionnels
- Une réduction des visites en favorisant le déplacement des patients vers les structures de soins
- Une modification du mode de rémunération
- De permettre aux médecins exerçant dans les zones périurbaines difficiles et les zones rurales de se déplacer en toute sécurité lors des gardes : organisation d'un service d'accompagnement par un « chauffeur » (nature à déterminer ultérieurement) en plus de la mise à disposition d'un véhicule dédié
- De développer la télémédecine et les maisons médicales virtuelles

⁸⁵ Intersyndicale National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

Par ailleurs, les études montrent que :

- les praticiens désirent voir leur temps de travail se réduire. (46) Cela est surtout vrai pour les jeunes générations qui refusent une vie sacerdotale. (85) (131) (20)
- sur la question de la rémunération, la jeune génération est très favorable à la forfaitisation qui lui permet d'assumer des tâches de prévention (108)
- les jeunes générations plébiscitent le travail en équipe (109). (131) (20)

L'institut BVA a réalisé en mars 2007, pour le conseil national de l'Ordre des médecins, une étude sur les attentes, les projets et les motivations des médecins généralistes et spécialistes face à leur exercice professionnel. Cette enquête montre : (132)

- Trois attentes fortes :
 - Épanouissement personnel et familial pour 85 % des sondés avec cadre de vie agréable, lieu de scolarité proche et résidence sur le lieu de travail.
 - Localisation compatible avec la profession et les attentes du conjoint pour 58 % des sondés.
 - Possibilité d'exercer au mieux leur discipline pour 51 % des sondés : exercice de groupe, proximité d'un plateau technique.
- Deux attentes intermédiaires :
 - Qualité de la relation médecin-patient pour 43 % des sondés.
 - Environnement géographique pour 41 % des sondés.
- Deux attentes anecdotiques :
 - L'importance des revenus pour seulement 16 % des sondés.
 - L'utilité sociale pour seulement 14 % des sondés.

Globalement les deux principales attentes exprimées par les praticiens sont le développement de pratiques qui leur permettront de pratiquer une médecine de qualité dans de bonnes conditions et qui leur laisseront du temps pour avoir une vie personnelle épanouie.

5.1.4 Conclusion : les besoins prévisibles pour exercer la médecine générale

Chose importante à noter, c'est que l'outil seul ne fait pas la fonction. Comme nous avons pu le voir, l'équipement actuel des cabinets est déjà sous utilisé. A l'évolution des cabinets doit être couplée une évolution de la formation des praticiens. Sans ça, ces beaux outils de travail ne rempliront pas leurs missions.

Rappelons aussi que nous travaillons à définir le lieu d'exercice des universitaires de la médecine générale. Par essence, on attend de ces derniers d'exercer une médecine d'excellence. Leur cabinet doit leur permettre d'être à la pointe de la pratique des soins primaires sans pour autant être trop éloignés de leurs confrères généralistes non universitaires.

5.1.4.1 La création d'un professionnel dédié à l'assistance des médecins

La réduction du temps médical disponible dans les années à venir, obligera à une rentabilisation de ce dernier. Nous avons vu que cette rentabilisation devra se faire sans que le temps de consultation soit réduit.

La solution semble résider dans la consultation à deux. Avec un auxiliaire médical qui réalisent les tâches ne relevant pas des compétences exclusives des généralistes :

- Installer le patient
- Début d'interrogatoire, mise à jour du dossier
- Biométrie
- Saisi des conclusions de la consultation, des prescriptions
- Explications, éducation

Comme pour le dentiste ou le vétérinaire, l'assistant médical peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins et dans la rentabilisation du temps médical.

Plusieurs possibilités sont envisageables pour remplir ce rôle. On pourrait solliciter et former des IDE ou des secrétaires médicales. On pourrait aussi envisager la création d'un nouveau métier, comme en Allemagne, avec une formation spécifique.

5.1.4.2 Pluridisciplinarité, transfert de tâches, collaborations

Le travail en interprofessionalité est déjà une réalité. Il demande cependant à être formalisé, structuré et évalué.

Bien qu'aucun modèle type de RPPS ne puisse être proposé, il semblerait que quelques grandes lignes se dégagent.

Dans les professionnels composant ses RPPS, on peut différencier ceux qui doivent faire partie intégrante et permanente de l'équipe et ceux qui peuvent n'intervenir qu'épisodiquement. Parmi ces « vacataires » on peut compter un premier cercle de collaborateurs proches et un second cercle d'intervenant plus sporadiques.

Dans les permanents, un RPPS semble avoir besoin :

- Pour les soignants : spécialistes en soins primaires, pharmacien, IDE et kinésithérapeute.
- Pour les administratifs : secrétaire, manager
- Autres : personnel d'entretien

Dans les vacataires devant être assez présents, il y aurait d'abord les médecins des autres spécialités. Par ordre décroissant des besoins : biologistes, cardiologues, hépato-gastro-entérologues et rhumatologues. Dans ce premier cercle, viennent ensuite les chirurgiens dentistes, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Le second cercle est celui des vacataires devant être présent ponctuellement. Parmi eux comptent les orthophonistes, les sages femmes et les diététiciens. Les hyperspécialistes peuvent aussi appartenir à ce second cercle, notamment grâce à la télémédecine.

Enfin, d'autres professionnels provenant d'autres corps de métier pourraient prendre une place importante dans les RPPS. Par exemple, les informaticiens semblent incontournables. Ensuite, on peut imaginer l'intérêt pour une MDSP de faire vérifier régulièrement ses installations par un hygiéniste.

5.1.4.3 Les locaux

5.1.4.3.1 Pour les praticiens isolés

La réglementation obligera à aménager un accès pour les handicapés avant 2015.

Elle oblige aussi à installer une alarme contre l'incendie.

Les recommandations d'hygiène les incitent fortement à avoir du personnel d'entretien, un local dédié aux matériels d'entretien et un local pour entreposer les déchets. Ces recommandations incitent aussi à rénover les revêtements de sols et muraux.

L'Article 65 de la loi HSPT prévoit l'instauration de visites de contrôle des cabinets médicaux pour des inspecteurs de l'IGAS. On peut donc s'attendre à ce que les praticiens effectuent des travaux pour mettre leur cabinet aux normes.

Ces contraintes s'avéreront peut-être une incitation au regroupement dans des structures nouvelles.

A noter qu'elles pourraient aussi avoir un effet négatif et pousser au « dévissage de plaque ». D'autant que l'Atlas 2009 de la démographie médicale du CNOM montre que ce phénomène est un véritable problème. (86)

5.1.4.3.2 Pour les RPPS en MDSP

Une maison de santé semble devoir être composée de :

- salle d'examen et de soins
- des bureaux pour les professionnels
- un accueil, des sanitaires et une salle d'attente
- une salle de réunion (pouvant être utilisée comme salle de détente et bibliothèque)
- une borne d'accueil
- une salle de secrétariat médical différent de l'accueil
- une salle d'urgence et de petites interventions
- des logements pour accueillir les remplaçants et les étudiants
- des logements pour le personnel de garde dont le domicile est trop excentré par rapport au secteur de garde.
- un local d'archives
- un local dédié au matériel d'entretien et au stockage des déchets
- un vestiaire pour le personnel

Concernant les bureaux des professionnels, il serait logique qu'il y ait :

- Un bureau pour chaque professionnel permanent
- Un ou quelques bureaux pour les professionnels vacataires

Le développement de la pratique de consultation à deux nécessiterait l'aménagement de bureaux de tailles et de configurations adaptées.

Avec la mise en place de la télémédecine, un outillage dédié à la vidéoconférence est indispensable. Il en est de même avec l'éventuel développement d'une consultation téléphonique.

L'importance de l'informatisation de MDSP rendra probablement nécessaire l'allocation d'un local dédié (serveurs, alimentation de secours). Il paraît évident que ce dernier devra être sécurisé.

De même, l'accueil d'étudiants et la nécessité d'améliorer la qualité de vie au travail incitent à avoir un lieu de détente.

Selon le nombre de personnes travaillant dans la MDSP, une cuisine pourrait être nécessaire et participer à la convivialité de la MDSP. Elle pourrait aussi être utilisée lors de séances d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques ou présentant des troubles du comportement alimentaire.

La nécessaire réduction du nombre de visite à domicile obligera les MDSP à être dotées d'infrastructures permettant son accès à tous les patients : parking, couloirs et ouvertures larges permettant le passage de fauteuil roulant, voire de brancard.

Il est évident que la MDSP devra respecter la réglementation sur les ERP et les ERT.

5.1.4.4 Equipement médical

Le cabinet devra comporter tout le matériel nécessaire à toutes les pratiques des soins primaires.

Dans ces structures qui auront vocation à pratiquer une médecine d'excellence on pourra notamment s'attendre à voir un équipement complet pour la prise en charge des urgences vitales et de la chirurgie mineure.

5.1.4.5 L'outil informatique

Sa place a vocation à devenir majeure.

Au sein des cabinets, l'outil informatique devra être utilisé pour :

- Les soins : recueil informatisé des données, prescription, recherche d'information, éducation, etc.
- Les tâches administratives : gestion des rendez-vous, comptabilité, management du cabinet.

Les dossiers des patients devront être informatisés et partager par tous les professionnels de santé. Les informations saisies devront être codifiées. Les praticiens devront disposer d'outil d'aide à l'utilisation des nomenclatures.

Les logiciels « métier » devront être équipés de tous les outils ayant fait la preuve de leur efficacité : rappels automatique, aide au dépistage, connexion avec le DMP, connexion avec un des observatoires des pratiques.

Dans les MDSP, tous les bureaux (professionnels de santé, administratifs) devront être équipés d'un ordinateur relié à un réseau. Serveurs et alimentation de secours seront indispensables.

Le DMP ayant vocation à être consulté et complété par les patients, la présence de bornes informatiques en salle d'attente pourrait être utile et générateur de gain de temps lors de la consultation. Ces bornes pourraient aussi être un outil d'éducation et d'information.

L'utilisation de PDA peut être développée pour les visites à domicile.

5.1.4.6 Mode de rémunération

Besoins organisationnels et envie des praticiens concordent : le paiement à l'acte quasi exclusif doit laisser place à une rémunération mixte.

Rémunération forfaitaire et à la performance doivent prendre une place majeure dans la rémunération des praticiens.

A noter que le salariat est aussi plébiscité par les jeunes praticiens, et dans une moindre mesure par les installés.

5.1.4.7 Mobilité des patients

Augmenter et financer la mobilité des patients paraît nécessaire à la fois pour faire gagner du temps aux praticiens, mais aussi pour les faire bénéficier des outils disponibles au cabinet et améliorer leur prise en charge.

Des systèmes devront être mis en place (et financés) pour assurer le transport des patients peu mobiles vers les structures de soins : transports en commun, ramassage par des navettes, partenariat avec des compagnies de taxi.

Les structures de soins devront donc être équipées de parking et d'arrêt de bus à proximité.

5.1.4.8 Evolution de la pression judiciaire

La pression judiciaire doit évoluer afin d'être adaptée et encourageante à la qualité de soins.

Pour cela, on peut imaginer une couverture des praticiens par l'état dans le cadre des contrats conclus avec les ARS.

5.1.4.9 Organisation du temps de travail

Selon la loi, le temps de travail hebdomadaire d'un médecin généraliste reste important. S'il travaille seul, il est dans l'obligation théorique d'assurer la continuité des soins de 8h00 à 20h00 tous les jours et le samedi de 8h00 à 12h00. Cela fait 64h hebdomadaires, sans compter la participation à la permanence des soins.

Comme nous l'avons vu, le temps de travail doit être revu à la baisse. Pour cela, l'exercice en groupe est la seule solution qui rend compatible réduction du temps de travail personnel et maintien de la continuité de soins.

Le travail sur rendez-vous devient la règle. Aux vues de son impact sur le risque d'épuisement professionnel et donc sur l'offre de soins, il paraît important de respecter cette généralisation. Elle est par ailleurs recommandée par la HAS pour des raisons d'hygiène en salle d'attente (44). Cependant, la consultation sur rendez-vous laisse peu de marge de manœuvre pour gérer les demandes de soins non programmables et représente un frein à l'accès aux soins. (133) Pour un praticien isolé cela est véritablement problématique.

En RPPS, il est possible d'organiser les emplois du temps de manière à gérer facilement cette demande non programmable. On peut imaginer la présence en permanence d'un praticien

disponible, uniquement dédié à la prise en charge cette demande. Le reste des praticiens peuvent alors assumer leur rendez-vous sans être perturbés.

Concernant la durée de la consultation, nous avons vu que selon le motif de consultation, la durée de cette dernière variait grandement. Nous avons aussi vu que le temps de consultation ne pouvait pas être réduit. Une augmentation paraîtrait même logique. Avec les outils informatiques, notamment les observatoires des pratiques, il semble facile de pouvoir faire des statistiques en continu sur la corrélation entre le motif de consultation et la durée moyenne de cette dernière. Ainsi on pourrait imaginer une durée de consultation variable, basée sur le motif de consultation évoqué lors de la prise de rendez-vous. Un tel dispositif serait de nature à optimiser l'organisation du temps de travail des médecins.

5.1.4.10 Déplacement des médecins

Ils sont censés être réduit au minimum. Cependant, ils ne seront jamais nuls, notamment lors des gardes.

Ainsi les praticiens doivent avoir un véhicule. A noter que les jeunes praticiens souhaiteraient le voir arborer une signalétique spécifique.

Dans le cadre d'un RPPS, le(s) véhicule(s) pourrai(en)t être acheté(s) par le RPPS. Il(s) serai(en)t indifféremment utilisé(s) par tous les professionnels du RPPS. Son équipement serait aussi mutualisé au sein du RPPS.

5.1.4.11 Exercice isolé ou en groupe ?

Aux vues de tous ces éléments, le regroupement des professionnels paraît préférable parce qu'il :

- Permet de mutualiser les coûts qui paraissent incontournables : embauche de secrétaire, de personnel d'entretien.
- Permet de réduire le temps de travail des praticiens sans réduire l'offre de soins
- Augmente la qualité et l'efficacité des soins
- Est un outil régulateur des dépenses de santé
- Est plébiscité par les jeunes

Pour les UMG, viennent s'ajouter les arguments suivants :

- Seul la MSPD pourra permettre une pratique d'excellence dans tous les domaines des soins primaires
- Ils doivent s'absenter pour assumer leurs fonctions universitaires, d'autres praticiens doivent être présents pour assurer la continuité des soins

5.1.4.12 La fin de l'exercice isolé ?

Bien que la très grande majorité des futurs praticiens souhaitent travailler en équipe. Cela n'est pas d'actualité. En effet encore trois quarts des installés isolés n'envisagent pas de se regrouper. (46)

Ces derniers pratiquent incontestablement une médecine générale d'une qualité suffisante. Et cette dernière pourra être améliorée par :

- Le développement de l'informatisation
- Le développement de la pluridisciplinarité
- L'embauche possible d'un assistant médical
- La participation, à distance, à un pôle de santé

Même si ce mode d'exercice va très probablement se raréfier, il n'a pas vocation à disparaître.

D'autant qu'il pourra être un des moyens pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire. En effet, on peut imaginer que dans des zones déficitaires difficiles d'accès, le cabinet isolé sera la seule solution rentable à proposer. La qualité des soins et la qualité de vie du praticien pourront être préservées si ce dernier intègre un pôle de santé par exemple.

5.1.4.13 Situation géographique des lieux d'exercices

Rappelons la notion d'exemplarité de la pratique des UMG. Que dirait-on d'UMG qui s'installerait dans une zone sur-médicalisée ? Les UMG ne peuvent décentement pas s'installer sans s'intégrer dans les schémas régionaux d'organisation des soins définis par l'ARS.

Par ailleurs, les études montrent que les jeunes médecins ne s'installent que là où ils ont préalablement travaillé (stage chez le praticien, remplacement). (20) (134) Ce phénomène d'« aspiration » doit ajouter à l'incitation qui sera faite aux UMG pour qu'ils exercent en zones définies comme prioritaires par les SROS⁸⁶.

5.1.4.14 Au total : maison de santé pluridisciplinaire et peut-être les centres de santé

Pour exercer leur part soins, le mode d'exercice qui paraît le plus adapté est l'exercice regroupé dans une structure multidisciplinaire équipée de manière optimale sur le plan médical et informatique.

Au sein de cette structure le travail collaboratif avec transfert de tâches est indispensable.

Le mode de rémunération pourra être mixte associant rémunération forfaitaire, à la performance et à l'acte. Le salariat est envisageable.

A ce titre, la maison de santé pluridisciplinaire et les centres de santé constituent des lieux d'exercices adaptés à la pratique des soins pour les universitaires de la médecine générale.

On émettra cependant une réserve concernant les centres de santé. En effet, ils sont peu nombreux à être des structures polyvalentes et médicales (396 en 2004 selon le rapport IGAS/IGAENR de 2007). Et surtout ces derniers ne participent actuellement pas à une mission majeure des soins primaires : la permanence des soins. (25) Le développement national du nombre des centres de santé et leur participation à la permanence des soins est indispensable avant qu'on puisse les proposer formellement comme lieu d'exercice des UMG. A noter que leur participation à la permanence des soins est prévue (125) et possible légalement⁸⁷.

⁸⁶ Schéma Régional d'Organisation des Soins

⁸⁷ Article L6323-1 du code de santé publique

5.2 Pour assumer leurs fonctions universitaires

5.2.1 Définitions et éléments historiques

5.2.1.1 Etymologies

Le terme *université* vient du latin *universitas* (dérivé de *universus* : universalité, totalité, ensemble; ensemble des choses, univers). Il voulait dire corps, compagnie, corporation, communauté. (135)

Au Xe siècle, il évoque alors toute collectivité religieuse, politique, sociale ou professionnelle (exemple : chapitre d'une abbaye, ensemble des habitants d'une ville, société d'artisans ou de marchands). (135)

Au cours du XIIe siècle le terme d'université telle que nous l'utilisons aujourd'hui né des luttes d'influence entre le Pape et les monarques d'Europe. A cette époque, les écoles sont créées par les évêques, remplies par des ecclésiastiques, et traitent en premier lieu de matière religieuse. C'est la raison pour laquelle elles paraissent ne relever que de l'Eglise, et par conséquent du Pape. Et les souverains pontifes font tout pour garder la main mise sur ces lieux d'influence. Il s'agit là d'un moyen de contre pouvoir majeur face à des monarques qui remettent sans cesse en cause leur autorité. Telle est l'origine de l'emprise qu'exercèrent les Papes sur les grandes écoles qui prennent alors le nom d'« universitas » voulant dire « membres du clergé ». (136)

C'est d'ailleurs un légat du Pape Innocent III, le Cardinal Robert de Courçons, qui édicte les statuts de l'Université de Paris en 1215. On y trouve les termes de « *universitas magistrorum et scholarium* » (« corporation des maîtres et des étudiants »). (135)

L'origine papale du terme explique très certainement pourquoi il est peu utilisé dans les pays anglo-saxons. Le terme *university* existe mais on lui préfère les termes *college* ou *academy*.

Le mot *académie* vient du grec *Akademos* qui est le lieu où Platon fonda son école en -367 (137). En France, ce terme prête à confusion puisqu'il représente une division territoriale de l'administration de l'éducation. Elles sont au nombre de 26 et correspondent généralement aux régions, sauf exceptions. Chacune des académies est administrée par un recteur d'académie (Article L222-1 du code de l'éducation). (135)

Le mot *collège* vient du latin *collegium*, qui désignait un ensemble, un corps (de magistrats, de prêtres). Au moyen âge il était défini comme « corps de personnes revêtues de la même dignité ». (135)

Enfin le mot *faculté* vient du latin *facultas* qui veut dire « connaissance, savoir ». Il est utilisé à partir du XIIe siècle pour décrire le « lieu où se donne l'enseignement universitaire ». (135)

5.2.1.2 Définitions de l'université

Selon le site www.wikipedia.fr, l'université est « un établissement d'enseignement supérieur dont l'objectif est la production du savoir (recherche), sa conservation et sa transmission (études supérieures) ».

Selon Charles Sanders Peirce (1839-1914), philosophe américain, l'université est « une association d'hommes(...) dotée et privilégiée par l'État, en sorte que le peuple puisse recevoir une formation intellectuelle et que les problèmes théoriques qui surgissent au cours du développement de la civilisation puissent être résolus ». (138)

Selon la 8^{ième} édition du dictionnaire de l'Académie Française, l'université est : (139)

« Un centre d'enseignement supérieur, établi par l'autorité publique, divisé en groupes appelés Facultés, dont chacune délivre des grades au nom de l'État.

L'Université de France ou absolument « L'Université » se dit, en vertu d'une organisation qui date de 1808, de l'Ensemble des écoles publiques de tout ordre, écoles primaires, lycées et collèges, facultés, où l'enseignement se donne au nom de l'État, sous la direction du ministre de l'Éducation nationale, dit Grand Maître de l'Université.

« Université » s'emploie aussi, dans le langage courant, pour désigner divers instituts français de haut enseignement qui ne dépendent pas de l'État et qui ne peuvent conférer des grades que l'État reconnaisse. L'Université libre de Lyon. L'Université catholique de Paris.

Il se dit aussi, en plusieurs pays étrangers, d'Établissements semblables, mais qui sont d'institution privée et à qui l'État reconnaît pourtant, par privilège, le droit de conférer des grades. L'Université d'Oxford. L'Université Harvard aux États-Unis. Cambridge est ville "d'Université". »

Enfin, selon l'Article L713-1 du code de l'éducation : (140)

« Les universités regroupent diverses composantes qui sont :

1° Des unités de formation et de recherche, des départements, laboratoires et centres de recherche, créés par délibération du conseil d'administration de l'université après avis du conseil scientifique ;

2° Des écoles ou des instituts, créés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur sur proposition ou après avis du conseil d'administration de l'université et du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche.»

Le terme d'UFR⁸⁸ est synonyme de faculté. Les facultés de médecine, comme celles de pharmacie et d'odontologie, font l'objet de mesures dérogatoires définies dans l'Article L713-4 du code de l'éducation :

- Ces UFR passent convention avec les centres hospitaliers régionaux (et le centre de lutte contre le cancer) afin de constituer les centres hospitaliers et universitaires.
- Certaines prérogatives de l'université sont transférées vers l'UFR de médecine :
 - gestion financière de l'UFR
 - recrutement du personnel universitaire
 - organisation du DCEM⁸⁹ et du TCEM^{90 91}
- A noter que la faculté de médecine doit respecter les orientations stratégiques de l'université définies dans le contrat pluriannuel d'établissement, notamment dans le domaine de la recherche biomédicale.

⁸⁸ Unité de Formation et de Recherche

⁸⁹ Deuxième Cycle des Etudes Médicales

⁹⁰ Troisième Cycle des Etudes Médicales

⁹¹ En notant que le TCEM relève d'une organisation interrégionale (Article L632-7 du code de l'éducation)

5.2.1.3 Universités et facultés de médecine à travers les âges et de part le monde

Bien que le terme d'université semble apparaître vers le XI^e siècle, il existe depuis longtemps des hauts lieux du savoir et de l'enseignement.

De telles institutions sont décrites en Chine vers -2000 avant Jésus Christ. (138)

La première « Académie » date de la Grèce antique avec l'école de Platon (-367 avant Jésus Christ), prêt d'Athènes. A cette époque, d'autres grandes institutions se trouvent dans les villes de Cos, Rhodes ainsi que dans le muséum et la bibliothèque d'Alexandrie. (138)

En 258 est fondée l'« université »⁹² de Nankin en Chine. Il s'agit d'une des institutions d'enseignement supérieur les plus vieilles du monde. Elle est toujours en activité à ce jour. Devenue la première université chinoise moderne au début des années 1920, elle est le berceau des sciences modernes en Chine. (138)

L'Académie de Gundishapur (Ouest de l'Iran), est fondée vers le IV^e siècle. L'hôpital de Gundishapur est le plus ancien hôpital d'enseignement connu après celui d'Alexandrie et celui d'Edesse (Macédoine). L'école propose l'enseignement de la médecine, de la philosophie, de la théologie et des sciences. Elle est le centre médical le plus important de l'ancien monde au cours des VI^e et VII^e siècles. (138)

Pendant ce temps là, en France, Clovis (464-511) « *docile aux conseils des évêques, érige des temples et des monastères* » qui sont, avec ceux qui existent déjà, les seules écoles. Ces dernières sont réservées aux hommes d'église et aux puissants. Il existe, au palais du roi, l'école « palatine ». Elle est chargée d'instruire la jeune noblesse mais ses enseignements se bornent à l'apprentissage du latin. (136)

L'« Académie palatine » est créée par Charlemagne vers 803. Elle est présentée comme l'ancêtre et le modèle de toutes les académies occidentales. Cela doit être relativisé puisqu'il s'agissait d'un collège de 9 membres (dont Charlemagne), sorte de compagnie d'érudits qui se réunissait au palais de l'empereur. On lui attribue la maternité des académies occidentales parce toutes les sciences de l'époque y étaient abordées et que Charlemagne y avait insufflé l'importance de la diffusion du savoir. (141) Il n'en reste pas moins qu'en dehors des murs du palais, aucun autre lieu du savoir ne semble exister en dehors des institutions cléricales où on n'apprend rien d'autre que la religion. Pour ce qui est de la médecine, à cette époque, elle reste « *une pratique sans théorie, exercée par quelques prêtres charitables* ». (136)

La première université⁹³ médiévale européenne est créée à Constantinople (anciennement Byzance, aujourd'hui Istanbul) en 859. On y enseigne, en grec et en latin, le droit, la philosophie, la médecine, l'arithmétique, la géométrie, l'astronomie, la musique et la rhétorique. (138)

L'université⁹⁴ de Bologne est créée en 1088. C'est la première université du monde occidentale. Elle n'est dédiée qu'au droit. Alors que peu évoquée jusqu'à présent, la notion de recherche universitaire semble s'institutionnaliser à Bologne. En effet l'empereur Frédéric Barberousse promulgue en 1158 la loi *Constitutio Habita*. Avec cette loi, l'université de Bologne devient un lieu où la recherche doit se développer indépendamment de tout autre pouvoir. C'est le début de l'indépendance des universités vis-à-vis du pouvoir, notamment religieux. (138) C'est cet événement majeur qui fait de l'université de Bologne le modèle des universités modernes. (142)

⁹² Terme anachronique utilisé pour simplifier notre propos

⁹³ Nous ne sommes pas sûr que le terme d'université soit le bon.

⁹⁴ Le terme d'université est bon. Il est probable que Bologne soit la première grande école qui ait eu la dénomination d'université.

5.2.1.4 Les universités en France

L'histoire des universités françaises débute avec l'université de Paris. Créée au XII^e siècle puis reconnue en 1200 par le roi Philippe Auguste, elle est la première université française. Constituée comme l'association de tous les collèges (« *universitas* ») parisiens situés sur la rive gauche, elle assure la formation de tous les clercs, c'est-à-dire de tous les cadres et agents administratifs des institutions royales (conseil d'État, parlements, tribunaux, cours des comptes, impôts,...) et ecclésiastiques (enseignement, hôpitaux, libraires, recherche, évêques, abbés). Le pape Innocent III la reconnaît en 1215. L'enseignement est organisé en quatre facultés : droit, médecine, théologie et « arts libéraux » (grammaire, rhétorique, dialectique, arithmétique, géométrie, musique, astronomie). Elle acquiert rapidement un très grand prestige, notamment dans les domaines de la philosophie et de la théologie. (138)

À Montpellier, une école de médecine est créée en 1150. Elle reçoit ses statuts officiels du seigneur de Montpellier, Guilhem VIII, en 1181. Le cardinal Conrad d'Urach, légat du pape Honorius III, accorde une reconnaissance pontificale à cette école en 1220. Ce qui fait d'elle la plus ancienne faculté uniquement dédiée à la médecine encore en activité au monde. L'université de Montpellier est créée le 26 octobre 1289 par la bulle papale *Quia Sapientia* du pape Nicolas IV. (138)

Au fur et à mesure des siècles et de l'évolution des frontières de la France, 27 universités françaises se mettent en place avant la révolution française. (138)

L'université de médecine de Nancy est créée à Pont-à-Mousson en 1572. Elle sera transférée à Nancy en 1768. (138) L'enseignement de la Médecine commence en 1592. C'est l'illustre Charles Le Pois qui est nommé premier professeur et premier Doyen de la jeune Faculté en 1598. Très vite l'Université Lorraine et sa Faculté de Médecine, grâce au rayonnement de Charles Le Pois, acquièrent une grande renommée et attirent de nombreux étudiants. Cette période heureuse est interrompue par l'épidémie de peste et les combats de la guerre de 30 ans. L'Université ouvre à nouveau en 1641 sans toutefois retrouver entièrement son lustre passé. (143)

À la fin du Moyen Âge et au début de l'époque moderne, les universités, tout en restant des institutions ecclésiastiques, passent sous la protection et le contrôle du roi de France. Il est indispensable, pour exercer la médecine ou pour occuper certaines fonctions, en particulier des offices, de justifier de diplômes universitaires. C'était bien souvent la seule motivation des étudiants. La tendance est donc plutôt à la diminution du nombre d'étudiants. Plus généralement, les XVII^e et XVIII^e siècles sont marqués par une forme de décadence des universités. En médecine, des enseignements pratiques, « au lit du malade », sont timidement introduits. (138)

À la Révolution, outre leur conservatisme et le passéisme supposé de leur enseignement, on reproche aux universités de constituer un corps à privilège et surtout de dépendre de l'Église. Elles sont supprimées le 15 septembre 1793 par la Convention nationale. (138)

La médecine peut de nouveau être exercée par tous, sans titre ni diplôme. Mais la menace du charlatanisme conduit rapidement à l'édiction de lois exigeant à nouveau la possession d'un titre pour exercer la médecine. Le décret du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) institue les Ecoles de santé (Paris, Montpellier, Strasbourg puis Caen). Ces écoles doivent former les officiers de santé dont la mission est de distribuer les soins que la Nation doit apporter aux plus nécessiteux. Ces officiers sont rémunérés par l'état. Il s'agit là du premier service de santé social et étatique en France. (17)

Les facultés de médecine ré-ouvrent en 1803 alors que la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) rétablit le monopole d'exercice de la médecine par les médecins. Il existe alors un double corps médical, ainsi qu'un double cursus. Les officiers de santé constituent le premier grade de la profession médicale. (17)

La loi du 10 mai 1806 et le décret du 17 mars 1808 établissent une unique « Université impériale » pour tout l'Empire. L'Université fédère et contrôle tout l'enseignement, depuis les « petites écoles » jusqu'au supérieur. Au sommet des enseignements se situent les cinq facultés de théologie, de droit, de médecine, de lettres et de sciences. Les 5 écoles de santé nées de la révolution sont transformées en facultés de médecine. Il existe toujours un double corps médical, mais le cursus devient unique, délivrant deux grades : officier de santé et docteur en médecine. Il faudra attendre la loi Chevandier du 30 novembre 1982 pour que les officiers de santé soient supprimés. Dès lors le monopole de l'exercice de la médecine est attribué aux seuls détenteurs d'un doctorat en médecine. (17)

Pendant quasiment tout le XIXe siècle, il n'y a plus d'université en France. Seules les facultés existent. La France est alors découpée en Académies ; chacune d'elle devant avoir au moins une faculté de lettres et une de sciences. (138)

Après la guerre de 1870, les pouvoirs publics tentent de comprendre les causes de la défaite et les moyens de la revanche. Ils estiment que la France n'est pas suffisamment dotée de bonnes formations supérieures. On met notamment en cause le fait que les facultés ne développent pas les activités de recherche qui leur permettraient de se mesurer à leurs homologues étrangères, notamment allemandes. En effet, à cette époque, rien ne les oblige, ni même ne les incite, à poursuivre une activité de recherche. L'État décide alors de donner plus de moyens aux facultés. Cela se manifeste d'abord par la volonté de doter les facultés de locaux appropriés. Viennent ensuite des mesures favorisant l'autonomie des facultés. Elle acquiert la personnalité morale en 1885. Puis la loi du 28 avril 1893 institue dans chaque ville ayant au moins deux facultés un « corps de facultés ». Enfin, la loi Liard du 10 juillet 1896 donne à ces corps un statut de personne morale sous le nom d'Université. C'est le retour des universités en France. (138)

De 1896 à mai 1968, l'université française va connaître un essor majeur. L'enseignement évolue peu alors que la recherche se développe dans toutes les disciplines. Les effectifs des étudiants explosent, notamment après la seconde guerre mondiale. Des nouveaux centres universitaires sont créés à Paris et en province pour faire face à cette situation. En 1958, les ordonnances « Debré » réforment l'enseignement et la recherche en médecine avec la création des CHU⁹⁵.

Après la contestation de mai 1968, universités et facultés sont réformées pour permettre un fonctionnement plus démocratique de ces institutions. Avec la loi Faure du 12 novembre 1968, les universités deviennent des « établissements publics à caractère scientifique et culturel ». Chacune dispose d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique. Et le statut d'« enseignant-chercheur » est créé. Les facultés prennent alors le nom d'unités d'enseignement et de recherche (UER⁹⁶, ancêtres des UFR actuelles) et ne sont que des « composantes » de l'université ; elles perdent leur personnalité morale.

La loi Savary en 1984 fait des universités des « établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel », les UER prennent le nom d'unités de formation et de recherche (UFR). La démocratie universitaire est renforcée avec la création du Conseil des études et de la vie universitaire (CEVU⁹⁷), où les étudiants et les enseignants sont représentés à parité.

En 2001, la réforme LMD⁹⁸ vient harmoniser les diplômes universitaires français avec leurs homologues européens.

⁹⁵ Nous évoquerons l'histoire de la création des CHU dans le paragraphe suivant.

⁹⁶ Unité d'Enseignement et de Recherche

⁹⁷ Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

⁹⁸ Licence Master Doctorat

Enfin, la loi 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (dite loi L.R.U. ou loi Pécresse), apporte la dernière grande réforme aux universités françaises. Elle poursuit trois objectifs : rendre l'université attractive, sortir de la paralysie de la gouvernance actuelle et rendre la recherche universitaire française visible à l'échelle internationale. Pour cela, elle prévoit principalement que, d'ici à 2013, toutes les universités accèdent à l'autonomie dans la gestion de leurs ressources humaines et budgétaires.

5.2.1.5 Histoire de la création des CHU en France

Comme nous l'avons vu, l'enseignement de la médecine a toujours associé des enseignements dans des écoles à des enseignements en contact avec les patients. Hippocrate avait déjà créé un centre de soins et de formation. L'hôpital de Gundishapur, au IV^e siècle, était un hôpital d'enseignement attaché à une grande école de médecine.

En France, les hôpitaux apparaissent bien plus tard. A l'époque romaine, le long des voies étaient bâties des « mansiones », gîtes d'étape pour les voyageurs et relais de poste, qui le cas échéant, servaient de lieu de soins. Ces établissements étaient les seuls établissements « sanitaires » existant à l'époque romaine. Au Moyen-Âge, la charité chrétienne suscite l'apparition d'établissements hospitaliers. Ces établissements charitables sont dénommés Hôtels ou Maisons-Dieu. Au sens étroit du terme, le mot "Hôpital" désigne au Moyen-Âge, la grande salle contenant les lits des pauvres. Par extension, il finit par désigner tout établissement où l'on pratique l'hospitalité de nuit. C'est à partir du XI^{ème} que les routes commerciales et pèlerinages engendrent un renouveau de la circulation routière et l'apparition de nombreux établissements hospitaliers, généraux et spécialisés en France. (144)

En France, l'apparition d'étudiant en médecine dans le milieu hospitalier semble dater du XVII^e siècle. Elle répond à deux attentes. La première est la nécessité de pallier aux absences des praticiens. Dans « L'histoire des internats des Hôpitaux de Montpellier », on nous rappelle que les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux, n'y résident pas en permanence. Ils consacrent une grande partie de leur temps à leurs clients et/ou à leurs enseignements (pour les professeurs). Ils ont donc besoin d'être secondés par des aides qui soient en permanence auprès des malades. La seconde raison est la possibilité pour l'étudiant d'acquérir la connaissance du métier. Voici un extrait qui semble témoigner de la création du premier poste d'interne à Montpellier en 1657 (145) « Cette année là, Jean Nisolle, chirurgien (...) est tenu d'installer un garçon chirurgien en permanence dans l'hôpital. Il devra en outre organiser, dans la maison, une boutique de chirurgie où ce dernier se tiendra. Le garçon chirurgien (...) aidera son patron dans l'hôpital, tout comme d'autre le faisaient en ville (...) il assurera aussi le service de garde. Le 12 juillet 1657, la boutique est prête et le garçon chirurgien installé. ».

Cet extrait témoigne aussi de la création de la première « clinique de Faculté » à Montpellier. Etymologiquement le mot *clinique* vient du grec *κλινικός* « qui concerne le lit », dérivé de *κλίνη* « lit ». Au début du XVII^e siècle le mot fait référence au malade alité. Puis il sera rapidement utilisé pour caractériser la méthode médicale consistant à examiner le malade au lit, la « médecine clinique ». Au début du XIX^e siècle, ce terme est employé pour désigner l'enseignement médical donné par le professeur près du lit du malade puis par extension l'établissement où est donné cet enseignement médical. Ca n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que le terme est utilisé pour désigner un établissement de soins, indépendamment de son implication ou non dans l'enseignement. (135)

En France, la République puis l'Empire transforment complètement l'enseignement de la médecine en imposant aux étudiants en médecine ou en chirurgie une formation pratique à l'hôpital. (138) Ainsi, les facultés de médecine se dotent de « cliniques » pour assurer leurs enseignements pratiques.

Ces entités se créent dans les hôpitaux déjà existant. Il s'agit d'un service, au même titre que les autres services de l'hôpital. (146)⁹⁹

Le professeur Emile Chauffard, dans une conférence faite à des médecins polonais en 1927 explique « ce qu'est véritablement une clinique française ». Voici ses propos recueillis et rédigés par le Dr. Robert Clément, chef de clinique médicale à l'hôpital Saint Antoine : « *Qu'êtes-vous venu voir ici? Non pas un homme, mais une clinique française. (...) Outre celui qui la dirige, une clinique de Faculté comprend un personnel enseignant et un personnel, si j'ose dire, enseigné. À côté du professeur, trois chefs de clinique sont ses collaborateurs immédiats, lui facilitent et préparent sa tâche, le suppléent lorsqu'il est nécessaire. Deux internes jouent un rôle important dans la marche du service, assurent la liaison, la cohésion et le fonctionnement de tous les rouages. Trois chefs de laboratoire ont chacun leur tâche particulière et leurs aides. L'un est préposé aux travaux de chimie, de physique et de physiologie; un autre est chargé de la bactériologie et de l'anatomie pathologique; le troisième dirige les services radiologiques et d'électricité. Les externes, enfin, un groupe de jeunes, sont l'espoir de l'avenir, la pépinière dans laquelle se recrutent les internes. Il y en a sept, chacun étendant son domaine sur une salle de malades où il est chargé de la prise des observations des petites interventions et de l'application du traitement. (...) Un service d'enseignement a besoin d'un personnel nombreux, de rouages multiples très spécialisés. (...) Le personnel enseigné, celui qui vient s'instruire à la clinique est très disparate et cela rend plus difficile la tâche du professeur dont l'enseignement doit être profitable à tous. Stagiaires, étudiants en cours d'études ou de spécialisation, médecins français et étrangers se coudoient au lit du malade. La partie fixe est constituée par les stagiaires étudiants de première année de médecine dont la présence est obligatoire à la clinique.*». (146)

On peut constater que l'enseignement est bien organisé dans le système faculté de médecine – clinique de faculté. Ce qui va provoquer la réforme de 1958, ceux sont les insuffisances de la recherche médicale en France.

Avant la première guerre mondiale, en comparaison avec ses homologues étrangères, notamment allemandes, la recherche menée par les facultés de médecine françaises semblent moribonde. En 1913, un représentant de la faculté de médecine de Paris présente un rapport sur la situation de sa faculté. Le Recteur d'académie refuse de le laisser paraître par crainte que le travail soit lu à l'étranger et que la situation « *lamentable* » de la Faculté de médecine de Paris soit connue des puissances étrangères. (146)

Au sortir de la première guerre mondiale, les facultés de médecine françaises désirent profiter de la reconstruction du pays pour connaître un renouveau. Le 7 février 1918, un rapport sur la réorganisation de la Faculté de Médecine de Paris exprime la situation de la Faculté en une phrase : « *rien ou presque rien n'existe, tout ou presque tout est à faire...* ». Ce rapport évoque surtout un manque de moyen pour réaliser la recherche. Dans ses recommandations, il trace les grandes lignes de ce que seront les CHU de 1958. Ainsi, il préconise le regroupement des services de clinique dans des hôpitaux voisins de la Faculté. Le premier CHU semble naître avec la phrase suivante « *À Cochin, on pourrait réaliser une réforme plus complète en reprenant le service de médecine et les deux services de chirurgie. L'hôpital tout entier se trouverait ainsi rattaché à la Faculté* ». (146)

⁹⁹ Ces éléments historiques proviennent d'une série de notes extraites, par le CNRS, des fonds déposés au Centre historique des Archives nationales et au Centre des archives contemporaines de Fontainebleau par la Direction de l'Enseignement supérieur du Ministère de l'Education nationale. Ces notes, dont le recueil débute en 1905, sont accessibles sur le site du CNRS et ont vocation à aider les chercheurs qui s'intéressent à l'histoire de la médecine en France au vingtième siècle. (144)

La mobilisation scientifique à la veille de la Seconde Guerre mondiale entraîne la création du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) où le doyen Gustave Roussy introduit une « commission de médecine expérimentale », destinée à combler le retard de la recherche médicale. Sous le régime de Vichy, la profession est réorganisée avec la création de l'Ordre des médecins en octobre 1940, et celle de l'INH¹⁰⁰ peu après (loi du 30 novembre 1941). Ce dernier est un établissement public doté d'une double mission : effectuer des travaux de laboratoire intéressant la santé publique, et coordonner les enquêtes sanitaires menées dans le pays. L'INH est chargé de doter le pays de l'appareil de statistiques épidémiologiques qui lui fait défaut, mais également de recherches sur l'utilisation des vitamines pour pallier les pénuries alimentaires du fait de guerre. (147)

En 1946, Robert Debré est nommé à la présidence de l'INH. Le professeur Robert Debré est reconnu pour avoir joué un rôle majeur dans la modernisation de la médecine et de la recherche médicale française. Grand clinicien, il dirigeait depuis les années 1930 le service de pédiatrie de l'hôpital des Enfants malades à Paris (Necker), où il avait introduit les premiers laboratoires de recherche en milieu hospitalier. Assisté par Louis Bugnard, il s'attache à constituer un corps de médecins-chercheurs. Du fait de la modestie de ses moyens, mais également de la priorité accordée à la physique médicale, l'INH ne répond pas vraiment aux attentes de la recherche médicale. Par ailleurs, les initiatives et les efforts de Louis Bugnard pour convaincre les pouvoirs publics d'accompagner la profonde mutation dans laquelle est entrée la recherche médicale restent vains. En effet, si jusqu'alors, les problèmes de santé publique avaient été le moteur principal de l'organisation de cet institut et du progrès médical, désormais, c'est la biochimie, l'immuno-hématologie, la biologie cellulaire puis moléculaire, la génétique expérimentale, qui vont ouvrir de nouvelles et extraordinaires perspectives à la pathologie et à la thérapeutique. (147)

En 1958, le Général de Gaulle est de retour au pouvoir. Il a la formidable volonté politique de hisser la recherche et les technologies françaises à leur plus haut niveau. La Cinquième République donnera ainsi une nouvelle impulsion à la modernisation du pays. A l'instigation de Robert Debré et de Jean Dausset¹⁰¹, la réforme de la médecine (réforme Debré) se concrétise par l'Ordonnance du 30 décembre 1958, relative à la création de centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Elle instaure la fusion de la faculté de médecine et de la clinique au sein de CHU et crée un corps de professeurs hospitaliers et universitaires plein temps (PU-PH¹⁰²), qui devront assurer, au moins en théorie, la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche. (147)

Le comité interministériel présidé par le Pr. Debré a construit son projet de réforme de la médecine sur deux principes essentiels : l'institution du plein temps dans les hôpitaux publics¹⁰³ et la fusion des carrières hospitalières et universitaires en vue de la constitution d'un corps hospitalo-universitaire et du regroupement géographique des locaux de soins, d'enseignement et de recherche. Un observateur de l'époque espérait : « *La recherche se fera dans de bien meilleures conditions qu'actuellement grâce à l'unité de temps et de lieu : le clinicien équilibrera sa vie entre la salle de malades et le laboratoire. De même le biologiste jusque là confiné dans son laboratoire loin du malade aura des contacts fructueux avec la clinique.* » (146)

¹⁰⁰ Institut National d'Hygiène

¹⁰¹ Prix Nobel de Médecine en 1980 conjointement avec Baruj Benacerraf (Boston, Etats-Unis) et Georges Davis Snell (Bar Harbor, Etats-Unis), pour leurs découvertes sur les structures des surfaces cellulaires génétiquement déterminées qui régissent les réactions immunologiques (groupe HLA)

¹⁰² Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

¹⁰³ A cette époque la France est avec l'Espagne le seul pays européen où les hôpitaux fonctionnent encore à mi temps (146)

5.2.1.6 *Éléments importants à retenir*

De ces éléments historiques, nous soulignons les points suivants :

- La création des universités répondait d'abord à une mission de formation des élites. Elle s'est ensuite élargie à l'enseignement public.
- Les universités européennes ont toujours été considérées comme des instruments politiques, d'abord par le clergé, puis par les chefs d'états. Pour cette raison, elles ont eu du mal à acquérir l'indépendance et l'autonomie qui leur semblent nécessaires au bon accomplissement de leurs missions.
- Depuis bientôt deux siècles, les impératifs de recherche supplantent ceux de l'enseignement dans l'évolution des universités. On peut même dire que c'est la recherche qui façonne les universités depuis quelques années.

5.2.2 Cadre réglementaire des universitaires de la médecine générale

5.2.2.1 Le cadre législatif – seule la part universitaire est définie

5.2.2.1.1 Le personnel enseignants de médecine générale

5.2.2.1.1.1 Généralités

La loi N°2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale définit le corps des universitaires de la médecine générale. (27) Elle modifie le code de l'éducation en créant une nouvelle section dans le chapitre II « Les enseignants-chercheurs, les enseignants et les chercheurs »¹⁰⁴. Les UMG sont donc différenciés des personnels enseignants et hospitaliers. Cette section 3bis contient seulement l'Article L952-23-1.

Ce dernier pose les bases du statut d'UMG :

- « Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale »
- « Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle »
- « Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire »
- « Pour leur activité d'enseignement et de recherche, ils sont soumis à la juridiction disciplinaire mentionnée à l'article L952-22 du code de l'éducation ». A noter qu'il s'agit du seul point commun avec les universitaires hospitaliers.

Les UMG font partie des « enseignants chercheurs » et à ce titre, leurs missions sont définies dans l'Article L952-3 du code de l'éducation :

1. L'enseignement incluant formation initiale et continue, tutorat, orientation, conseil et contrôle des connaissances ;
2. Les professeurs ont la responsabilité principale de la préparation des programmes, de l'orientation des étudiants, de la coordination des équipes pédagogiques.
3. La recherche ;
4. La diffusion des connaissances et la liaison avec l'environnement économique, social et culturel ;
5. La coopération internationale ;
6. L'administration et la gestion de l'établissement.
7. En outre, les fonctions des personnels enseignants et hospitaliers et des personnels enseignants de médecine générale comportent une activité de soins.

L'Article L123-9 du code de l'éducation nous rappelle que les universités et les établissements d'enseignement supérieur doivent assurer aux enseignants-chercheurs les moyens d'exercer leur activité d'enseignement et de recherche dans les conditions d'indépendance et de sérénité indispensables à « la réflexion et à la création intellectuelle ».

¹⁰⁴ Code de l'éducation ; Quatrième partie : Les personnels ; Livre IX : Les personnels de l'éducation ; Titre V : Les personnels de l'enseignement supérieur

Les universitaires exercent dans le cadre de l'enseignement supérieur (Article L111-5 du code de l'éducation) par opposition à l'enseignement scolaire (écoles maternelles, primaires, collèges, lycées). (140)

Comme tout universitaire, les UMG appartiennent à la fonction publique (Article L951-2 du code de l'éducation).

5.2.2.1.1.2 La filière universitaire

Le décret N°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale précise plus avant l'organisation du corps et des missions universitaires des UMG. La part soins n'est pas abordée. (28)

Les membres du personnel enseignant de médecine générale comprennent :

- des personnels titulaires : professeurs des universités de médecine générale PU-MG¹⁰⁵ et maîtres de conférences des universités de médecine générale MCU-MG¹⁰⁶.
- des personnels non titulaires : chefs de clinique des universités de médecine générale CCU-MG¹⁰⁷.

Les modalités de répartition des obligations de service entre les différentes fonctions universitaires seront fixées par décret du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Pour pouvoir postuler au titre de PU-MG, il faut :

- Etre titulaires de l'habilitation à diriger des recherches ou du doctorat d'Etat
- Avoir exercé pendant au moins deux ans soit des fonctions MCU-MG, soit de professeur associé de médecine générale (PA-MG¹⁰⁸), soit de maître de conférences associé à de médecine générale (MCA-MG¹⁰⁹)
- Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire, selon des modalités précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé

Pour pouvoir postuler au titre du MCU-MG, il faut :

- Etre titulaires du doctorat
- Avoir exercé pendant au moins deux ans soit des fonctions CCU-MG, soit de MCA-MG, soit de chef de clinique associés des universités dans la discipline médecine générale (CCA-MG¹¹⁰)
- Exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire, selon des modalités précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé

Les PU-MG et MCU-MG sont recrutés par la voie de concours nationaux. Ces concours sont ouverts par un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, qui fixe le ou les emplois à pourvoir. Les candidatures sont examinées par des jurys formés des membres de la sous-section compétente pour la médecine générale du Conseil national des universités.

¹⁰⁵ Professeur des Universités de Médecine Générale

¹⁰⁶ Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

¹⁰⁷ Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale

¹⁰⁸ Professeur Associé de Médecine Générale

¹⁰⁹ Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

¹¹⁰ Chef de Clinique Associé de Médecine Générale

L'« option » médecine générale a été créée en octobre 2006 dans la sous-section 53-01 du CNU¹¹¹. Cette sous-section contient 3 autres options : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; et addictologie. (148)

Les PU-MG sont nommés par décret du Président de la République. Alors que les MCU-MG sont nommés en qualité de stagiaires par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Après un stage d'un an, ils sont, après avis du directeur et du conseil de l'UFR concernée, soit titularisés, soit admis à effectuer une dernière année de stage, soit réintégrés dans leur corps d'origine, soit licenciés.

Pour pouvoir postuler au titre de CCU-MG, il faut :

- Être docteur en médecine
- Être détenteur du DES de médecine générale depuis moins de 4 ans
- La condition d'exercice de la médecine générale et ambulatoire posée dans la loi du 8 février 2008 n'est pas reprise dans le décret du 28 juillet 2008.

D'après cette législation concernant les chefs de clinique, il semble difficile de dire si ce montage législatif autorise ou pas à des assistants hospitaliers de briguer des postes de CCU-MG

Les CCU-MG sont recrutés par contrat par le président de l'université, après avis du directeur (doyen) de l'UFR concernée. Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe les modalités de constitution des dossiers et de dépôt des candidatures. Les chefs de clinique des universités de médecine générale sont nommés pour une période de deux ans avec possibilité de deux renouvellements d'une année chacun. La durée de ces fonctions ne peut en aucun cas excéder quatre ans dans une ou plusieurs universités. Au terme de leur première année de fonctions, il peut être mis fin au contrat par décision du président de l'université, sur proposition du directeur de l'UFR concernée.

On notera dans cette étude des textes de loi, la possibilité pour les actuels enseignants associés d'être nommé à ces postes d'universitaires titulaires.

Enfin comme nous pouvons le constater, ce décret d'application n'évoque pas du tout les obligations précises des UMG concernant leur part soins. Cette question doit être réglée par la rédaction conjointe de décrets par le ministre chargé de l'enseignement et le ministre chargé de la santé. A ce jour¹¹², ces textes ne sont toujours pas parus.

5.2.2.1.2 Le département de médecine générale

5.2.2.1.2.1 Avant le DES de médecine générale

Les DMG¹¹³ sont liés à la mise en place d'un TCEM pour la médecine générale : le résidanat. Ils sont apparus au courant des années 1970. C'est dans les années 1980 que la loi définit leurs missions avec le Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. (149)

¹¹¹ Conseil National des Universités

¹¹² 2 octobre 2009

¹¹³ Département de Médecine Générale

Selon son Article 6, le résidanat est :

- placé sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques.
- l'enseignant coordonnateur est assisté soit par un département de médecine générale, soit par une commission de coordination et d'évaluation du 3ème cycle de médecine générale.

Le même décret précise le statut de cette commission : elle est composée, à parité, d'universitaires, de praticiens hospitaliers et de généralistes enseignants, nommés par le directeur de l'UFR ; elle s'adjoit des représentants des résidents. Parmi ses membres, dont le nombre varie entre 12 et 24, la commission choisit un président et un vice-président : quand le président est un enseignant titulaire, le vice-président est un praticien hospitalier ou un généraliste enseignant, et réciproquement. (30)

S'agissant du département, la réglementation est plus ambiguë, puisque certains textes font référence à l'article 25 de la loi du 26 janvier 1984, d'autres à l'article 32. Il s'agit donc tantôt d'un département ayant le statut de composante de l'université, tantôt d'un département intra-facultaire. En fait, le département de Médecine générale de l'université Victor Segalen - Bordeaux II est le seul à avoir été créé en application de l'article 25, pour des raisons qui tiennent à la composition de cette université à dominante santé. (30)

En pratique, la différence entre commission et département n'est pas anodine, même si parfois le passage de l'une à l'autre se limite quasiment à un changement de nom. Dans l'ensemble, les commissions ont un champ de compétence limité au 3ème cycle et elles fonctionnent plutôt comme des sous-commissions pédagogiques des UFR ; de ce fait, elles dépendent plus directement des doyens et disposent de moyens propres (notamment locaux et personnel administratif) limités. (30)

Les départements, quant à eux, ont généralement des compétences étendues aux trois cycles, et il arrive fréquemment que leurs missions s'étendent à la recherche et à la formation médicale continue. Ils apparaissent donc mieux à même de promouvoir la formation à la médecine générale dans un contexte global. (30)

Il apparaît aussi que les départements de médecine générale peuvent être utilisés comme un outil de promotion et d'organisation de recherches universitaires en médecine générale.

A Nancy¹¹⁴, le DMG est présidé par le Pr Aubrège (PA-MG). L'enseignant coordonnateur est le Pr Jean Dominique de Korwin (PU-PH de médecine interne). Le département est doté, entre autre, d'une commission scientifique. Cette dernière apporte un avis et une aide quant à la pertinence des sujets de thèse et de mémoires des IMG, ainsi qu'un conseil méthodologique.

5.2.2.1.2.2 Fin du résidanat – fin des DMG ?

En 2004, le résidanat est remplacé par le DES de médecine générale. La dernière année universitaire qui a vu des inscriptions en résidanat est l'année universitaire 2004/2005. Le résidanat disparaîtra au terme de l'année universitaire 2011/2012. (150)

Pour tous les DES, le troisième cycle des études médicales est organisé dans des circonscriptions géographiques dénommées "interrégions", comprenant au moins trois centres hospitaliers universitaires. Les subdivisions d'internat créées à l'intérieur de ces interrégions constituent un espace géographique comportant un seul centre hospitalier universitaire. (Article 3 du Décret N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales). (150)

¹¹⁴ Au 2 octobre 2009

Dans chacune des interrégions, la préparation de chaque DES est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques. Pour le DES de médecine générale, l'enseignant-coordonnateur est assisté, dans la faculté de médecine, soit par un département de médecine générale créé par l'université en application de l'Article L713-3 du code de l'éducation, soit par une commission de coordination et d'évaluation du DES de médecine générale. (Article 23 du Décret N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales). (150)

Pour l'interrégion Est¹¹⁵ (Nancy, Reims, Dijon, Strasbourg, Besançon) c'est le Pr Jean Noël Beis (PAMG, Dijon) qui est le coordonnateur interrégional du DES de médecine générale.

La fin du résidanat n'est donc pas synonyme de fin des DMG. Leur rôle dans la formation des spécialistes en soins primaire reste primordial.

Avec l'avènement du corps universitaire de médecine générale, les DMG pourraient prendre une toute autre dimension. Comme nous l'avons vu le DMG a les statuts pour permettre aux UMG de coordonner leurs enseignements pratiques et théoriques pour les trois cycles des études médicales. On perçoit déjà tout le potentiel des DMG pour organiser et promouvoir la recherche universitaire en soins primaires dans chaque région. A ce titre, le potentiel des DMG dépasse le cadre universitaire et intéresse finalement tout le système de santé. (92)

5.2.2.2 Et la part soins ?

5.2.2.2.1 Le statut des lieux d'exercice des UMG – mono/bi appartenance

Concernant le statut du lieu d'exercice des UMG, il a été largement discuté. Si ce dernier est reconnu comme un établissement de santé remplissant des missions de santé publique, les UMG pourraient obtenir le statut d'agent de la fonction publique et accéder au statut bi appartenant (25) revendiqué par une partie de la profession (151).

Le principal argument de cette volonté est « l'égalité de dignité » entre les UMG et les PU-PH qui auront alors les mêmes possibilités d'évolution sur le plan universitaire et sur le plan des avantages sociaux et salariaux. L'autre avantage écrit est la création d'un statut de fonctionnaire pour les UMG. Enfin la dernière raison invoquée est que le statut bi-appartenant permettrait à la médecine générale de profiter du statut dérogatoire des ordonnances de 1958 et de ne dépendre que de la tutelle des UFR médicales, et non pas de celle des universités.

Cette question n'est pas sans avoir des conséquences dans l'organisation de la part soins des UMG. Comme nous l'avons vu, la pratique de la médecine générale dépend notamment du mode de rémunération des praticiens. Ainsi on pourrait craindre de voir un corps universitaire disposer d'un statut pour leur part soins tout à fait différent de celui de leurs confrères généralistes. Cela pourrait biaiser l'appréhension que doivent avoir les UMG de la réalité des soins primaires tels que pratiqués quotidiennement par la très grande majorité de la profession.

Finalement, cette question doit faire l'objet d'une réflexion concernant toute la profession. Est-ce que l'on considère que les généralistes français doivent exercer dans le cadre de structures remplissant des missions de santé publique ou pas ? Cela peut être vu comme une contrainte mais aussi comme une reconnaissance.

¹¹⁵ Au 2 octobre 2009

Quoiqu'il en soit, cela est déjà prévu par les réformes mises en place par la loi HSPT. Ainsi dans son article premier, qui révisé l'Article L-6112-2 du code de la santé publique, il est écrit "*Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé (...) désigne la ou les personnes qui en sont chargées. (...) contrat spécifique précise les obligations auxquelles est assujettie toute personne assurant ou contribuant à assurer une ou plusieurs des missions de service public définies au présent article et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations*". Les regroupements pluri-professionnels pluridisciplinaires de santé (RPPS) sont concernés par ce dispositif (L6112-2 du code de la santé publique). D'ailleurs les RPPS peuvent s'inscrire spontanément dans cette démarche avec l'inclusion de missions de service publique dans des contrats signés avec l'ARS (Article 118 de la loi HPST).

Cependant, même si cela n'est pas très clair (152), ils n'ont pas le statut d'établissement de santé (Article L6111-1, L612-2, L6141-1, L6161-1 et L6161-2 du code de santé publique)

Dans leur rapport de février 2007 sur la création de la FUMG, l'IGAS¹¹⁶ et l'IGAENR¹¹⁷ soulignaient que « *l'idée de créer une nouvelle catégorie d'établissement de santé présente de graves inconvénients* ». Cette conclusion doit être considérée comme dépassée. En effet cette dernière se base sur une définition des missions des établissements de santé définies **avant** la réforme HPST. L'ancienne version de l'Article L6111-2 du code de la santé publique (en vigueur du 22 juin 2000 au 23 juillet 2009) était la suivante :

« Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

1° Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement »

Cela excluait le suivi au long court et donc les soins primaires.

Désormais, ces missions sont beaucoup moins restrictives. L'ancien Article L6111-2 a été totalement supprimé. Le nouvel Article L6111-1 du code de santé publique définit les missions des établissements de santé comme suit :

"Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile(...)

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville (...).

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. (...)"

¹¹⁶ Inspection Générale des Affaires Sociales

¹¹⁷ Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

L'interprétation du texte ne permet plus une exclusion catégorique des lieux d'exercices des soins primaires du champ des établissements de santé publics. On y retrouve une partie des soins primaires (« diagnostic », « surveillance », « ambulatoire », « à domicile », « coordination des soins », « politique de santé publique ») mais il manque d'autres notions comme le « suivi au long cours » de « patients biens portants » (en opposition à « malades, des blessés, et des femmes enceintes »). On y trouve aussi l'opposition avec « les membres (...) exerçant en pratique de ville ». Mais cela n'est rattaché à aucune notion législative. Que sous-entend cette appellation ? Des professionnels isolés en milieu urbain ? Un RPPS en milieu rural ne ressemble pas à de « la pratique de ville ».

Enfin l'Article 36 de la loi HPST rappelle que les missions de la médecine générale peuvent s'exercer dans des établissements de santé.

Dès lors, la création d'une nouvelle catégorie d'établissement de santé ne paraît plus incompatible avec les soins primaires. A noter qu'un praticien isolé dans un cabinet, mais intégré à un pôle de santé, semble aussi concerné par cette possibilité.

Comme nous l'avons vu, avec la loi HPST, l'état étend son emprise sur les soins primaires. Nous sommes déjà dans une forme d'étatisation de la médecine générale (153). Cela apporte des contraintes comme, par exemple, la possibilité de se voir attribuer la charge d'une mission de santé publique par le directeur de l'ARS. C'est une forme de reconnaissance de l'importance des soins primaires, mais des contreparties avantageuses pourraient être considérées comme légitimes. La création d'un statut d'établissement de santé dans lesquels n'importe quel omnipraticien pourrait travailler, est envisageable et doit faire l'objet d'une étude. A ce titre, nous considérons que les conclusions du rapport IGAS/IGAENR sur cette question ne sont plus valides¹¹⁸.

Comme nous l'avons vu, le cadre législatif des UMG ne règle pas cette question. La loi exige que les UMG assurent leurs « *fonctions de soins, exercées en médecine générale et ambulatoire, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires concernant l'exercice de la médecine générale* » et « *selon des modalités précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé* ». A la date du 2 octobre 2009, la parution de ces décrets n'était toujours pas effective.

Pour conclure sur la question du statut mono-appartenant/bi-appartenant, le cadre législatif reste ambigu. Cependant la loi HPST semble avoir ouvert la porte à la possibilité d'une bi-appartenance. Quoiqu'il en soit, un mode de rémunération spécifique pour la part soins des UMG serait de nature à faire pratiquer aux UMG des soins primaires différents du reste des généralistes français. Il paraît primordial de ne pas provoquer cette scission et de régler cette question dans le cadre d'une réflexion portant sur toute la profession.

¹¹⁸ A noter qu'une étude juridique commanditée par le CNGE et le SNEMG contre disaient déjà en 2006 les futures conclusions du rapport IGAS/IGAENR sur la FUMG. (151)

5.2.2.2 Répartition entre part soins et part universitaire – quelles obligations ?

5.2.2.2.1 Impact de la mono/bi-appartenance

Quelle doit être l'importance de la part soins des UMG ? Cette question est directement liée à la mono ou bi appartenance. En effet, les bi-appartenants sont obligés de pratiquer des soins alors que les mono-appartenant en ont simplement la possibilité. (25)

Le rapport IGAS/IGAENR donne les deux bonnes raisons à l'obligation de pratiquer les soins pour les UMG. La première, c'est qu'on ne peut être légitime pour enseigner et faire de la recherche dans une discipline que si on la maîtrise. Or seule la pratique permet de maîtriser une discipline. La seconde raison relève de l'égalité au sein du corps universitaire médical. On ne peut obliger une partie des universitaires de la médecine à pratiquer des soins et pas l'autre. Cela serait par ailleurs une forte remise en question du modèle des CHU, porteuse de contestation au sein des CHU.

Sur cette question, le rapport IGAS/IGAENR nous permet de nous affranchir de la question de la mono/bi-appartenance en évoquant la possibilité d'une réforme législative obligeant des mono-appartenant à pratiquer les soins¹¹⁹. De toute manière le décret du 28 juillet 2008 portant sur les dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale, ne laisse aucun doute sur l'obligation des UMG à assurer « conjointement d'une part (...), et d'autre part, des fonctions de soins, exercées en médecine générale et ambulatoire ».

La question à se poser alors, c'est quelle sera la proportion entre part soins et part universitaire ?

Et qu'on soit dans un dispositif de mono ou de bi-appartenance, il reviendra toujours la question de légalité au sein du corps universitaire médical. Les UMG ne pourront pas trop s'écarter du statut des PU-PH.

A ce niveau de la réflexion, il est temps de se poser la question du modèle des CHU. Est-il bon de le transposer à la filière universitaire de médecine générale ? Est-ce que cette nouvelle spécialité a des particularités justifiant un statut universitaire différent de celui des autres spécialités ? Le modèle des CHU était justifié en 1958, il a rempli sa mission de développement de l'enseignement et de la recherche en médecine pendant 50 ans, mais ce modèle est-il toujours bon ? Est-ce qu'il est possible pour les universitaires de la médecine d'assumer en permanence la triple fonction d'enseignement, de recherche, et de soins ?

5.2.2.2.2 Est-ce que la FUMG doit s'inspirer de l'expérience la filière des PU-PH ?

Un très grand pas avait été franchi avec la réforme de 1958 et la création des centres hospitalo-universitaires. Mais le modèle essuie rapidement des critiques. Dès le début des années 1960, certains considèrent que la réforme Debré n'est pas suffisante pour permettre la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche telle qu'elle est dévolue aux CHU. Les craintes se portent essentiellement sur les activités de recherche. On demande alors la création d'une institution capable de mobiliser des fonds et des personnels pour la recherche. C'est dans cet objectif que l'INH deviendra l'INSERM¹²⁰ en 1964 (décret du 18 juillet 1964). (147)

¹¹⁹ « Cette exigence appellera une modification (...) de l'Article 25 de la loi du 13 juillet 1983 modifiée, pour fonder l'obligation de ce cumul » (25)

¹²⁰ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Selon le rapport de Jacques Marescaux de mai 2009 sur l'avenir des CHU (29), ces établissements ont rempli leur triple mission avec succès et ont placé le système de soins français parmi les meilleurs au monde. Mais l'évolution des métiers et les résultats obtenus dans les trois domaines rendent nécessaire une nouvelle approche.

Concernant la part soins, le bilan reste très positif. En effet, les CHU entretiennent une capacité d'intervention exclusive de haut niveau, tout en assurant au quotidien une production de soins de masse. Mais la situation financière des CHU n'est plus tenable, notamment du fait de la coexistence de ces deux activités très différentes. C'est pourquoi le rapport propose de nouveaux modes de rémunération pour revaloriser financièrement les activités de soins d'excellence.

Concernant la mission d'enseignement, le rapport montre que le seul élément d'évaluation pédagogique des CHU est le résultat à l'Examen Classant National de leurs étudiants. Rappelons que selon l'ANMEF¹²¹, les ECN¹²² sont « 3 ans de bachotage, 9 dossiers, 100 points, 6000 étudiants, 95% d'ex-aequo, (...) Ces épreuves ne sont pas discriminantes » (154). Autant dire que les CHU ont beaucoup de travail à faire en termes d'évaluation de leurs méthodes pédagogiques.

Enfin, concernant la recherche, malgré des poches d'excellence reconnues, la production scientifique biomédicale française stagne. Elle est en retrait vis-à-vis de nos voisins et le dépôt de brevets est en déclin. (29)

Les CHU tels que créés en 1958, ne sont plus adaptés aux missions universitaires d'aujourd'hui. (29) (155) (156)

Le rapport Marescaux reconnaît que l'individu ne peut assumer pleinement la triple fonction de soins, recherche et enseignement. Une des trois finit toujours par en pâtir, la mission de recherche en premier. Aussi, malgré le fait que le caractère indissoluble des trois missions des PU-PH soit rappelé dans le rapport, il est préconisé qu'il soit porté par le corps universitaire plutôt que par l'individu. « Certains PU-PH pourraient ainsi par exemple se consacrer prioritairement à la recherche un temps de leur carrière, dans un cadre contractuel clairement établi. » Il précise par ailleurs que « le principe d'une gestion souple et modulée de l'exercice des valences universitaires et hospitalières appréciées à l'échelle d'un individu, tout au long de sa carrière, doit désormais pragmatiquement prévaloir. »

Comme autre grande raison évoquée dans le rapport, on retrouve l'absence de collaboration véritable entre l'hôpital et l'université. Les conventions hospitalo-universitaires, lorsqu'elles existent, sont cantonnées à des aspects de gestion patrimoniale et de responsabilité juridique. De fait, la plupart d'entre elles « sont tombées en désuétude ». Pas étonnant que l'articulation « entre CH et U » ne soit pas efficiente. Le rapport rappelle tout l'intérêt de formaliser les interactions « entre CH et U ». Ces conventions doivent être complétées d'un contrat d'objectifs et de moyens portant notamment sur la stratégie partagée entre l'université et le CHU sur l'enseignement, la recherche et les soins. Le but est notamment d'accroître le rôle de l'université dans toutes les décisions se rapportant à la recherche et à l'enseignement.

¹²¹ Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

¹²² Epreuves Classantes Nationales

Comme autres propositions avancées dans ce rapport, il y a :

- L'évaluation des compétences et à la performance dans le déroulement des carrières universitaires
- Réformer et garantir la transparence des critères de recrutement et de promotion des universitaires
- Intégration des PH à la recherche
- Favoriser le regroupement et la coopération des équipes de recherche pour qu'elles puissent atteindre les masses critiques nécessaires à certaines recherches (regroupement au sein du CHU, mais aussi régionaux et inter régionaux).
- Mettre en place dès le deuxième cycle des études médicales une initiation à la recherche afin d'attirer les jeunes dans cette voie
- Accroître le potentiel d'accueil des étudiants par le développement d'une coopération avec d'autres lieux de stage
- Renforcer l'articulation des missions entre UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie dans une optique de mutualisation des ressources d'enseignement et de synergies interdisciplinaires
- Augmenter rapidement le nombre de postes de chefs de clinique
- Investissement national dans la recherche (les Etats-Unis y investissent aujourd'hui quatre fois plus par habitant que la France)
- Simplification du système de recherche biomédicale français qui est complexe, insuffisamment coordonné et lisible avec notamment la mise en place d'un pilotage national de la recherche en CHU.

A noter que le rapport rappelle deux notions majeures. La première est que le développement de la capacité pédagogique apparaît aussi important que celui des recherches scientifiques. La seconde, c'est que la pratique des soins en CHU a vocation à être une pratique d'excellence.

Les enseignements de ce rapport doivent être considérés avec intérêt pour la mise en place de la FUMG. On peut en faire ressortir les idées suivantes :

- Il confirme que l'adaptation des modes de rémunération est un outil pour inciter à une pratique d'excellence.
- Les UMG devront travailler en équipe à la fois sur les projets de recherche et à la fois sur l'organisation des enseignements du DES de Médecine Générale. La taille de ces équipes devra elle aussi permettre d'atteindre des masses critiques suffisantes. Des outils de pilotage conjoints de la recherche et de l'enseignement paraissent tout aussi indispensable tant sur le plan national, que sur le plan interrégional et régional.
- Ces UMG, organisés en groupe, devront passer des contrats d'objectifs et de moyens avec l'université. Les départements de médecine générale, comme les UFR de Santé devront être des acteurs de cette contractualisation.
- La triple mission sera dévolue au groupe et non pas à l'individu. Tout comme les PU-PH, les UMG pourront passer contrat individuellement pour concentrer temporairement leur activité sur la recherche ou l'enseignement (ou la recherche en pédagogie médicale).
- La collaboration entre les groupes d'UMG et les PU-PH est indispensable pour l'enseignement en DCEM et en PCEM. Elle le sera aussi pour une partie des enseignements du TCEM. Cette collaboration paraît tout aussi indispensable pour des projets de recherche transversaux.
- Tout comme l'initiation à la recherche, la médecine générale doit prendre une place plus importante dans le PCEM et le DCEM afin de susciter les vocations.
- La médecine générale débute seulement maintenant sa recherche universitaire. Elle va avoir besoin d'investissements majeurs et rapides, tant sur le plan financier qu'humain, pour rattraper son retard.

Pour conclure cette comparaison, on reconnaîtra tout d'abord que les parallèles avec l'organisation de la part soins des PU-PH, et plus globalement avec celle des CHU, peuvent être faits. Les missions universitaires sont identiques par essence. Leur articulation avec la part soins est finalement indépendante de la discipline pratiquée. Quelle différence d'impact sur les missions universitaire entre un PU-PH qui passe la visite au lit du malade et un PUMG qui consulte en présence d'un étudiant et d'un auxiliaire médical ?

Les universitaires de la médecine générale auront les mêmes paris universitaires à remplir que leurs homologues hospitaliers. Ils en partageront certains d'ailleurs. C'est pourquoi les évolutions proposées par le rapport Marescaux sont tout à fait transposables aux soins primaires.

Ainsi le CHU, tel qu'il va être dans le futur, sera bien un modèle transposable en médecine générale sans que cela n'altère la nature de la pratique des soins primaires. L'unité du corps des universitaires de la médecine n'a pas à être remise en question par la naissance des universitaires de la médecine générale.

5.2.2.2.3 Conclusion

Nous pouvons désormais proposer une réponse à la question posée précédemment sur le temps que devait occuper la part soins pour les UMG.

Comme les PU-PH, et au nom du principe d'unité du corps universitaire médical, il paraît bon d'être redevable de la moitié de son temps à l'université et de l'autre moitié à l'activité de soins. Dans la réalité, certaines missions de soins se confondent avec les missions universitaires. Par exemple, la formation des stagiaires et la recherche, tâches universitaires, sont aussi évoquées dans les missions de services publics auxquelles peuvent participer les établissements publics de santé et les structures de soins primaires (Article L6112-1 du code de la santé publique). Une séparation franche entre le temps de soins et le temps universitaire ne paraît ni pédagogique ni constructive. D'ailleurs le rapport Marescaux édicte le principe d'une gestion souple et modulée de l'exercice des valences universitaire et de soins. Enfin, comme nous avons pu le voir, l'état d'esprit des réformes est aux résultats et non pas aux moyens. Quelque soit l'organisation du temps de travail, après tout, les contrats d'objectifs seront là pour sanctionner les mauvais résultats.

Dans la pratique, il serait logique d'attendre d'un UMG qu'il pratique une activité de soins à mi-temps, organisée et répartie comme bon lui semble du moment qu'il remplit ses objectifs de soins, de recherche et/ou d'enseignement, selon les contrats passés avec l'ARS (part soins) et l'Université (part universitaire).

5.2.3 Quelques éléments numériques

Comme nous l'avons vu, au 2 octobre 2009, le corps des UMG est composé de :

- 10 PU-MG
- 23 Professeurs associés de médecine générale
- 127 Maîtres de conférence associés de médecine générale
- 31 CCU-MG

Rappelons qu'il existe en France 5 640 hospitalo-universitaires titulaires. (29)

Malgré la reconnaissance universitaire apportée par la création des dix premiers postes de PU-MG, il n'en reste pas moins que les départements de Médecine Générale doivent assurer toutes leurs tâches avec un ratio enseignants/enseignés de 15 fois inférieur à ceux des autres disciplines. (157)

Le numérus clausus est de 7 400 postes depuis 2008. (29) Pour 2009, la répartition des postes aux ECN est de 3333 postes pour la médecine générale et 2853 pour les autres spécialités. (158) A noter qu'en 2008, sur 3200 postes ouverts à la médecine générale, 609 n'avaient pas été pourvus. Le nombre de postes non pourvus oscille entre 500 et 800 depuis la mise en place des ECN. (159)

En se basant sur ces chiffres, on peut évaluer le nombre d'étudiants à venir à :

- PCEM¹²³ et DCEM¹²⁴ = (7400 X 6) + 300 redoublants soit environ 45 000 étudiants
- TCEM¹²⁵ de médecine générale = 3 x (3200 - 600 postes non pourvus) soit environ 7 800 IMG¹²⁶
- TCEM des autres spécialités = 4,5¹²⁷ x 2800 soit 12 600 internes des autres spécialités

Le nombre d'étudiant va plus que doubler dans les cinq prochaines années. (29)

Les nombres d'universitaires pour les encadrer devraient suivre la même évolution. Alors que le nombre d'internes des spécialités autre que la médecine générale, n'augmentera que très peu, il paraît tout à fait logique que cet effort de création de postes porte très majoritairement sur des postes d'UMG, qui eux aussi peuvent assumer une partie de l'enseignement pratique et théorique lors du PCEM et du DCEM. Ils n'en auront pas moins la charge de créer tout le substratum scientifique de la médecine générale en France.

Un recrutement aussi massif (5000 titulaires ?) est impossible en pratique, notamment par faute de candidats. Mais, on peut considérer que les 50 postes annuels d'UMG titulaires prévus par la loi HSPT pour les 4 années à venir sont très largement insuffisants.

¹²³ Premier Cycle des Etudes Médicales

¹²⁴ Deuxième Cycle des Etudes Médicales

¹²⁵ Troisième Cycle des Etudes Médicales

¹²⁶ Interne de Médecine Générale

¹²⁷ Nous n'avons pas réussi à trouver le nombre moyen d'année des internats des autres spécialités. En l'absence de donnée, nous avons choisi 4,5.

5.2.4 L'enseignement universitaire sur le lieu d'exercice

5.2.4.1 Formation médicale initiale

5.2.4.1.1 Du PCEM à la DCEM1

L'Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales définit le contenu des enseignements théoriques et pratiques de ces 3 années. (160)

Avant le début de la deuxième année d'études, les étudiants doivent effectuer un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement (Article 15 de l'Arrêté du 18 mars 1992). Selon la loi, ce stage ne peut se faire que dans un hôpital ayant passé convention avec le CHU.

Au cours de la deuxième année sont prévus des enseignements de sémiologie clinique, au contact des patients. Là aussi, ces enseignements ne peuvent pour l'instant avoir lieu qu'en milieu hospitalo-universitaire.

Il en est de même pour les stages cliniques « *d'initiation aux fonctions hospitalières* » devant leur permettre l'acquisition de connaissances générales en pathologie.

La loi ne laisse donc aucune place au lieu d'exercice des UMG pour dispenser des enseignements pratiques aux jeunes étudiants. On pourrait imaginer une réforme permettant aux étudiants de faire tous ces stages en milieu ambulatoire. A noter que pour le stage d'initiation aux soins, il ne pourrait se faire que dans une structure pluridisciplinaire dotée d'infirmières.

5.2.4.1.2 De la DCEM2 aux ECN, l'« externat »

Cette période est régie par l'Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. (161)

Le lieu d'exercice des UMG, comme lieu de stage, est uniquement concerné par son Article 8. Ce dernier évoque la réalisation d'un stage en médecine générale.

Le décret d'application de ce stage s'est fait attendre jusqu'en 2006. Il vient d'être modifié par l'Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. (162)

Ce dernier précise que tous les étudiants doivent faire un stage auprès d'un ou plusieurs maîtres de stage (maximum 3) pendant 60 demi-journées étalées sur 3 mois maximum.

Dans les objectifs pédagogiques de ce stage, outre la découverte de la médecine générale et des particularités de son exercice libérale, on notera la volonté de faire « *appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours* ». Ce décret évoque l'intérêt de l'enseignement pratique pluridisciplinaire, au contact des autres professionnels pouvant travailler avec le médecin généraliste.

5.2.4.1.3 Le TCEM – spécialité médecine générale

Il est régi par le Décret N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. (150)

Les trois ans de formation clinique sont divisés en 6 semestres selon la maquette du DES présentée dans l'annexe V de l'Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine :

- Un stage hospitalier de médecine adulte polyvalente (type médecine interne ou gériatrie) ;
- Un stage hospitalier de pédiatrie et/ou de gynécologie ;
- Un stage hospitalier d'urgences adultes ;
- Un stage ambulatoire chez un praticien de médecine générale ;
- Un quatrième stage hospitalier, dit stage libre ;
- Un « stage professionnalisant », anciennement appelé « sixième semestre » et qui répond à un projet personnel de l'interne, se faisant préférentiellement en ambulatoire (c'est le SASPAS¹²⁸)

5.2.4.1.3.1 Stage chez le praticien

Son contenu pédagogique est défini dans l'Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents.

Durant ce stage, l'étudiant doit passer au moins 4 mois en cabinet. Cette période est précédée ou immédiatement suivie soit d'une période de deux mois de stage, soit de deux périodes d'un mois de stage accomplies dans une ou deux des structures telles qu'« un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins de santé primaire, à l'exclusion des services hospitaliers ». Il s'agit là de faire découvrir le travail pluridisciplinaire.

Dans l'organisation hebdomadaire du stage, l'IMG doit consacrer 2 demi-journées à sa formation personnelle. (163) Pour cela, un bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet paraît indispensable.

A noter que le maître de stage, s'il exerce une activité libérale, doit contracter une assurance responsabilité professionnelle en signalant à son assurance sa qualité de maître de stage. (164)

5.2.4.1.3.2 SASPAS

Son organisation est régie par la Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé. (165)

Dans le contenu de cette dernière on soulignera que le stagiaire devra exercer des fonctions de prévention, de diagnostics et de soins, par délégation et sous la responsabilité et la supervision du maître de stage dont il relève. Il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers.

Comme pour le stage chez le praticien, l'apprentissage de la pluridisciplinarité fait partie des objectifs clairement établis. La circulaire précise bien que l'interne devra apprendre à établir « des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins ». Ils doivent aussi « participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI... »

¹²⁸ Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

5.2.4.2 Formation médicale post universitaire – le DPC

L'enseignement post universitaire est une obligation légale. La récente loi HPST vient d'abroger tout l'ancien système de FMC¹²⁹ pour le remplacer par le DPC¹³⁰.

Son Article 59 rappelle que le DPC a « *pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.* » A noter que les autres professions médicales sont soumises à cette obligation (dentistes, pharmaciens, sages femmes).

Dans l'article 1 de la loi HPST, il est écrit que le lieu d'exercice des médecins hospitaliers doit pouvoir assurer le DPC de ses praticiens.

La loi n'apporte pas plus de précision et nous sommes dans l'attente de la rédaction des décrets et arrêtés d'application qui définiront exactement ce que sera le DPC.

Aussi il est difficile d'émettre des hypothèses sur l'impact du DPC sur le lieu d'exercice des UMG. Tout comme pour les hospitaliers, il paraîtrait logique que les cabinets des UMG leur fournissent la possibilité de réaliser leur DPC. On peut supposer que les praticiens devront avoir accès à internet pour leurs recherches bibliographiques. L'accès à une salle de réunion pour les enseignements collectifs et les groupes de pairs (ou groupes d'échanges de pratiques) paraît indispensable.

5.2.4.3 Formation des autres professionnels de santé au sein des cabinets des UMG ?

Cela n'est pas d'actualité, mais on pourrait imaginer que les UMG accueillent des internes des autres DES. Après tout les IMG sont tous obligés de faire un stage en CHU durant leur DES. Le but de ce stage est triple : améliorer la formation des IMG en leur faisant connaître une pratique hospitalo-universitaire des soins, améliorer les relations ville-hôpital et fournir de la main d'œuvre au CHU (1 300 IMG en permanences sur 36 000 praticiens au total (166)). Maintenant que la FUMG se met en place et que le nombre d'internes va connaître un accroissement majeur, un stage en milieu universitaire ambulatoire pourrait soulager le CHU d'une partie de l'accueil des internes. Il offrirait une formation à la pratique universitaire ambulatoire et améliorer les relations ville-hôpital.

On peut aussi imaginer que les RPPS soient des sites de stage des autres professions de la santé (médicales et autres) : externes et internes de pharmacie, élèves infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, secrétaires médicales, assistants médicaux si le métier est créé, travailleurs sociaux, etc. Cela illustre la recommandation du rapport Marescaux sur le renforcement de « *l'articulation des missions entre UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie dans une optique de mutualisation de ressources d'enseignement et de synergies interdisciplinaires* ». C'est aussi dans l'état d'esprit du premier article de la loi HPST qui dit que les établissements de santé peuvent être amenés à assurer la « *formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence* ».

Enfin, les cabinets des UMG pourraient accueillir en stage des métiers tel qu'informaticien, management d'entreprise, comptable, hygiéniste.

¹²⁹ Formation Médicale Continue

¹³⁰ Développement Professionnel Continu

5.2.4.4 Rôle dans la formation des CCU-MG

Tout comme pour la filière des PU-PH, les chefs de clinique ont intérêt à exercer au contact des titulaires universitaires.

Les CCU-MG sont docteur en Médecine. Leur formation médicale initiale est terminée. Mais en tant que futurs universitaires, ils doivent dépasser le DPC pour tendre vers une pratique d'excellence de la médecine générale. A ce titre, le compagnonnage au contact de leurs aînés UMG titulaires paraît indispensable.

Par ailleurs, comme le disait le Pr Chauffard dans sa conférence sur l'organisation de la clinique de Faculté, le chef de clinique seconde le professeur dans ses missions universitaires : encadrement des stagiaires, recherche. Et comme cela a été le cas avec le garçon chirurgien qui assistait le Dr Nissole (cf. paragraphe 3.2.2.5), l'intérêt à cette collaboration est double.

Il s'agit tout d'abord de parfaire la formation des CCU-MG à leurs fonctions universitaires d'enseignement et de recherche. Le compagnonnage est une méthode pédagogique qui a fait ses preuves dans l'apprentissage de la recherche médicale. (167)

Il pourrait s'agir aussi de permettre aux UMG titulaires de s'absenter de leurs cabinets pour pouvoir assumer leurs autres missions universitaires. En leurs absences, les CCU-MG assureraient la continuité des soins telle qu'imposée par la loi HPST.

5.2.4.5 Des outils pédagogiques dans l'enseignement pratique de la médecine

En France, les outils pédagogiques utilisés lors des stages en médecine générale ne relèvent d'aucune obligation légale. Ils ont fait l'objet d'une élaboration par le CNGE puis d'une diffusion régionale par l'intermédiaire des DMG. (163)

Comme techniques pédagogiques, on retrouve : (163)

- **La tenue de fiches d'observation** : le stagiaire note par écrit ce qu'il croit être important dans la consultation qui se déroule devant lui, repère les différentes phases de l'acte médical, les techniques mises en œuvre par le maître de stage.
- **La manipulation des dossiers des patients, écrits ou informatiques** : par cette activité, le stagiaire apprend la recherche des antécédents, de l'historique, de même que la concision, la rigueur, la hiérarchisation, la pondération, le secret médical.
- **La délivrance commentée des divers imprimés et certificats** : dès le début du stage, la rédaction des imprimés destinés aux différents organismes d'assurances, sportifs, professionnels, scolaires, permet une familiarisation avec certains aspects législatifs, administratifs, éthiques et techniques de l'exercice professionnel peu étudiés dans le cursus universitaire.
- **L'écriture de l'ordonnance** : écrire l'ordonnance et la commenter au patient, permet aux stagiaires de se familiariser avec les DCI¹³¹, les noms de marque, les génériques, les diverses présentations galéniques, les posologies et les dosages de la thérapeutique ambulatoire.
- **La manipulation des échantillons pharmaceutiques et leur classement** : permet au stagiaire de comparer les diverses formes pharmaceutiques et galéniques, de comparer des équivalents thérapeutiques, d'adéquation de formes, d'acceptabilité selon l'âge, la culture ou les handicaps (visuels, moteurs).

¹³¹ Dénominations Communes Internationales

- **Le contact avec les correspondants** : les relations avec les spécialistes, l'hôpital, les cliniques, les auxiliaires médicaux, sont confiées au stagiaire. Il découvre ainsi le travail pluridisciplinaire et l'interface entre soins hospitaliers et soins ambulatoire. Cela force aussi l'apprentissage de la synthèse de dossier.
- **La mise en situation au téléphone à la place de la secrétaire** : l'accueil téléphonique, inhabituel pour le stagiaire, lui permet de découvrir un mode de communication souvent mal maîtrisé par les malades et parfois les médecins. Il apprend « les mots des maux », fait préciser une situation, gère l'agressivité, l'indécision, l'approximation. L'utilisation d'appareils téléphoniques possédant haut-parleur et enregistreur permettent immédiatement ou à distance une réflexion pédagogique sur l'intervention du stagiaire.
- **La mise en situation au secrétariat** : le stagiaire remplace la secrétaire. Il apprend à accueillir les patients, donner des renseignements, gérer le planning des consultations, assurer l'entretien du matériel, le renouvellement des consommables. Il découvre les règles de sécurité applicables au personnel du cabinet et la gestion de leur charge de travail. Il apprend à refuser les demandes non recevables ou excessives.
- **La discussion de cas** : Cette activité pluriquotidienne permet de préciser la démarche diagnostique et thérapeutique du maître de stage et du stagiaire, de discuter les points de vue et comparer des attitudes cliniques parfois divergentes pour en juger la pertinence. Elle peut se faire en présence du patient si cela a un intérêt thérapeutique (valorisation du patient) ou en tête-à-tête avec le stagiaire (juste après ou à distance de la consultation).
- **La pratique des actes techniques** : l'apprentissage des gestes techniques habituellement pratiqués en ambulatoire au cabinet du médecin généraliste. Les conditions de la réalisation doivent être précisées, puis les étapes suivantes se succèdent : le maître de stage réalise l'acte ; le stagiaire observe. Le stagiaire réalise l'acte ; le maître de stage observe. Le maître de stage refait l'acte ; le stagiaire observe. Le stagiaire refait l'acte, enfin le maître de stage conclut.
- **La supervision directe** : c'est la méthode de choix pour appréhender les capacités du stagiaire à mener une consultation dans sa totalité et dans des conditions les plus proches de la réalité. Elle peut se faire en présence physique directe du maître de stage, c'est le cas le plus habituel, ou nécessiter des moyens matériels plus complexes : miroir unidirectionnel ou enregistrement vidéo (éventuellement audio). Les enregistrements sont faits avec le consentement explicite des personnes filmées ou écoutées. L'enregistrement de consultations pendant le stage, permet de travailler sur un document objectif avec le stagiaire et d'analyser ses capacités et ses difficultés dans la relation, et dans les différentes phases de la consultation. Ce document vidéo a l'avantage de pouvoir être visionné autant de fois que nécessaire par le stagiaire seul et avec son maître de stage, et éventuellement avec d'autres stagiaires ou d'autres maîtres de stage pour des discussions pédagogiques (staff) sur l'acte de consultation en médecine générale.
- **La supervision par compte rendu et discussion de cas** : elle consiste en un compte rendu a posteriori du stagiaire de son activité au maître de stage. Il s'agit d'un acte pédagogique et pas uniquement un compte rendu factuel utile à la mise à jour du dossier médical. Ce compte rendu, sous forme orale, peut être évalué par le maître de stage au travers de grilles d'évaluation qui permettent une mesure plus juste de la progression du stagiaire.
- **Le degré de satisfaction des patients** : l'appréciation subjective des patients ou de leur entourage peut être recueillie ou recherchée. Elle peut ensuite être le point de départ d'un échange pédagogique avec le stagiaire.
- **La mise à disposition d'ouvrages dédiés à la pratique des soins primaires** : ouvrages de référence d'utilisation quotidienne, documentation, articles.

Les outils sont donc nombreux. Selon les lieux de stage, ils sont plus ou moins utilisés. La vidéo et l'enregistrement audio sont encore peu démocratisés en France. En Lorraine, des expériences pédagogiques d'utilisation de la vidéo ont été retrouvées, dans le cadre de la formation continue ou initiale. (168) (169)

En Angleterre, les maîtres de stage utilisent des outils pédagogiques similaires¹³². L'utilisation de la vidéo est validée et intégrée à la formation quasi quotidienne des internes de médecine générale (170). Comme autre outil utilisé, ils ont recours aux jeux de rôles. L'étudiant est mis en situation face à un comédien mimant une situation élaborée pédagogiquement. Des séances d'apprentissage par problème sont réalisées. Existente aussi des séances de revue de dossiers. Toutes ces méthodes sont pratiquées au sein des cabinets. (171)

La réalisation de l'équivalent des staffs hospitalier pourrait être utile. On peut imaginer l'intérêt de réunir toute l'équipe d'une maison de santé pour réaliser des synthèses pluridisciplinaire de dossier, la présentation de publications, etc. A noter que dans le cadre de la FMC, des « staffs protocolisés » ont été développés. (172) Un tel outil apparaît comme superposable pour le DPC des professionnels d'une maison de santé pluridisciplinaire.

5.2.4.6 Les lieux de stage en France et à l'étranger

Nous n'avons pas trouvé de littérature sur l'adaptation des cabinets des maîtres de stage français pour l'accueil des stagiaires.

En Angleterre et en Australie, l'accueil de stagiaire fait l'objet d'un aménagement des locaux et des pratiques : (173) (174)

- Les dossiers médicaux doivent être facilement accessibles et bien tenus (résumé des antécédents et autres informations importantes).
- Une petite librairie d'ouvrages médicaux adaptés aux étudiants (des DMG anglais aident à l'achat d'ouvrages pour les lieux de stage)
- Un accès internet
- Mise à disposition d'un espace privé pour l'étudiant
- Essayer d'offrir un logement à l'étudiant, sinon indemniser ses frais de déplacements
- La pratique de soins doit être clairement organisée, notamment dans les RPPS.

En France, aucune contrainte légale n'existe. Cependant les DMG s'attachent à envoyer des étudiants dans des cabinets qui sont valorisants pour la médecine générale. Les critères de qualité évoqués sont une bonne organisation des soins, une activité de soins dans la moyenne, l'informatisation du cabinet, le travail en groupe, la participation à la FMC. (175) Dans les faits, on constate que l'accueil des IMG est plus fréquent dans le cadre d'un cabinet de groupe que dans les cabinets isolés (42% vs. 11%). (46) On peut donc dire que le regroupement des praticiens favorise l'accueil de stagiaire.

Comme nous l'avons vu dans les objectifs pédagogiques des différents stages, l'initiation à la pluridisciplinarité est importante. En Belgique, l'Université catholique de Louvain organise en tout début de formation spécifique en médecine générale, un stage pédagogique dédié à l'apprentissage du travail pluridisciplinaire. Dans ce stage, l'interne doit rencontrer et travailler sur un projet avec le réseau des partenaires qui entourent le maître de stage. (98)

Aux Etats Unis, certains voient en la maison médicale le potentiel de devenir un lieu incontournable pour enseigner aux futurs généralistes la pratique des soins centrés sur le patient et le suivi au long court. (176)

¹³² En fait, c'est plutôt très probablement l'inverse : les outils pédagogiques français s'inspirent très probablement de ceux développés en Angleterre.

5.2.4.7 Conclusion : quels besoins pour assurer l'enseignement pratique

Les missions universitaires d'enseignement théorique des UMG au sein de leurs cabinets relèvent de l'accueil de stagiaires et la réalisation de formations dans le cadre du DPC.

5.2.4.7.1 L'accueil des stagiaires

Actuellement, seuls des externes et des IMG peuvent faire des stages en médecine générale. On pourrait imaginer la venue d'internes d'autres DES dans les cabinets des UMG.

Au sein d'un RPPS, on pourrait aussi imaginer l'accueil des étudiants de toutes les professions représentées au sein du regroupement.

L'accueil de stagiaire a des implications sur l'aménagement des locaux en termes d'accueil de personnes (intendance) et en termes d'utilisation d'outils pédagogiques.

5.2.4.7.1.1 L'intendance

Logement et sanitaires sont à adapter au nombre de personne travaillant au cabinet.

Pour les externes, le logement sur place est quasi obligatoire. N'oublions pas que leur rémunération ne leur permettra pas de financer des trajets itératifs entre le cabinet et la ville de faculté dans laquelle ils résident. Pour les mêmes raisons, il faudra prendre en charge le déjeuner, soit par la mise à disposition d'une cuisine soit en prenant en charge les frais de bouche.

Concernant les internes, il ne semble pas exister d'étude sur leur proportion à loger sur place pendant leur stage. Quoiqu'il en soit, que ce soit pour des raisons économiques, de qualité de vie (fatigue des transports) ou écologiques, il semble logique d'être dans la capacité de leur proposer un logement. A ce jour, le cadre réglementaire ne permet pas aux IMG de participer à la permanence des soins ambulatoire pendant leurs stages ambulatoires. La participation à cette activité, qui fait partie intégrante des missions du médecin généraliste, semble pédagogiquement intéressante. Si cela devenait possible, la mise à disposition d'un logement ne serait alors plus utile mais nécessaire.

A noter que le nombre d'étudiants en médecine va doubler dans les 5 années à venir. Il faudra accueillir en stage tous ces externes et tous ces internes. Ainsi, dans certains regroupements, le nombre de stagiaires accueillis pourrait être important (3, 4, 5, plus ?). Des solutions de logement devront être trouvées pour les accueillir. La création d'un immeuble dédié à l'accueil de ces stagiaires pourrait être nécessaire. Cela pourrait représenter un coût non négligeable, difficile à assumer pour les maîtres de stage. Ce budget pourrait provenir à la fois du ministère en charge de l'enseignement supérieur (formation de stagiaire) et à la fois du ministère en charge de la santé (offre de soins améliorée qualitativement et quantitativement par la présence des stagiaires).

A noter que tout le travail de gestion de l'accueil des stagiaires ne saurait se porter sur les médecins. Les projections démographiques nous rappellent que leur temps devra être utilisé à des tâches plus importantes. La collaboration avec un gestionnaire (secrétaire, manager) apparaît alors utile, voire indispensable.

5.2.4.7.1.2 Une pratique exemplaire pour les yeux des stagiaires

Les maîtres de stage, qui plus est quand ils sont des UMG, doivent avoir une pratique exemplaire au sens premier du terme (pouvant servir d'exemple) pour les stagiaires.

Afin que l'enseignement soit le plus complet possible, les pratiques doivent embrasser, de manière collective au moins, tous les champs des soins primaires. Il est indispensable que les dossiers médicaux soient tenus à jour. Pour cette raison et pour d'autres, la présence d'un secrétariat présente un intérêt pédagogique certain.

L'apprentissage de la pluridisciplinarité tient une place importante dans les objectifs pédagogiques des stages en France comme à l'étranger. L'UMG devra la pratiquer quotidiennement pour que les stagiaires puissent se rompre à cet exercice. A ce titre, le RPPS est le lieu le plus approprié. Rappelons que la présence d'infirmières sera nécessaire pour pouvoir accueillir des stagiaires réalisant leur stage d'initiation aux soins en début de PCEM2.

5.2.4.7.1.3 Le cabinet comme outil pédagogique

Rappelons qu'il s'agit du lieu d'exercice des UMG. L'équipement pédagogique de leurs cabinets a vocation à être exemplaire pour deux raisons. La première relève de la qualité de leur formation pratique ; la seconde de leur nécessaire participation à des travaux de recherche en pédagogie médicale.

L'agencement des cabinets de consultations doit prévoir de la place pour les stagiaires. Un affichage en salle d'attente pour prévenir les patients semble incontournable.

Les stagiaires devront avoir accès à un bureau avec un ordinateur connecté à internet. Le cabinet devrait être doté d'une petite bibliothèque contenant des ouvrages utiles aux stagiaires. La présence d'une pro-pharmacie présente un intérêt pédagogique.

Les cabinets des UMG pourraient être équipés d'au moins une salle d'examen avec caméra. Une salle de réunion, équipée du matériel de visionnage, permettraient les « débriefings » en groupe. Du matériel identique est à prévoir pour un enregistrement audio de consultations et de conversations téléphoniques.

L'intérêt d'un staff hebdomadaire est à discuter pour la FMI. Une salle de réunion serait nécessaire. La mise en place d'un staff hebdomadaire obligerait à une organisation du cabinet afin de permettre d'assurer la continuité des soins pendant la réunion. L'exercice en groupe est alors indispensable. Il faut aussi que d'autres modes de rémunérations que le paiement à l'acte existent afin de ne pas pénaliser financièrement les praticiens participant à cette réunion.

5.2.4.7.2 Le DPC

L'accès à une salle de réunion pour les enseignements collectifs et les groupes de pairs (ou groupes d'échanges de pratiques) paraît indispensable.

L'utilisation du staff protocolisé semble être un outil transposable au DPC des praticiens ambulatoires. Il nécessite une salle de réunion et un aménagement des emplois du temps des praticiens afin de ne pas rompre la continuité de soins. Une autre rémunération que le paiement à l'acte est indispensable.

5.2.4.7.3 Au total

Le lieu d'exercice doit tout d'abord permettre une pratique exemplaire embrassant l'ensemble du champ des soins primaire. L'équipement médical et informatique du cabinet doit être moderne et complet. Les praticiens doivent pratiquer la pluridisciplinarité quotidiennement. Pour ces premières raisons, l'exercice isolé ne semble pas adapté aux missions universitaires d'enseignement des UMG.

L'organisation des temps de travail pour accueillir les stagiaires, tout comme le poids financier qu'il peut représenter, rendent l'exercice isolé et le paiement à l'acte incompatibles avec la mission d'enseignement des UMG.

Enfin rappelons que leur lieu d'exercice devra permettre aux UMG de s'absenter sans que la continuité des soins soit compromise (enseignement à la faculté, jury, surveillance d'examen). A ce titre, l'exercice en groupe paraît indispensable.

5.2.5 La recherche universitaire sur le lieu d'exercice

5.2.5.1 Définition de la recherche en soins primaires

La recherche en médecine générale pourrait être définie comme toute étude portant sur les fonctions, les pratiques (dans leurs dimensions cliniques, diagnostiques, thérapeutiques ou relationnelles) et les prises de décision en médecine générale. (177)

La recherche en médecine générale a des traits particuliers. Elle emprunte volontiers aux sciences humaines. Elle est menée par les généralistes eux-mêmes, éventuellement en collaboration avec d'autres disciplines. Elle a donc un champ d'investigation qui lui est propre, avant tout clinique et épidémiologique. Elle porte aussi sur l'évaluation des interventions et l'analyse des déterminants des comportements des médecins et de leurs patients. C'est donc principalement une recherche finalisée vers l'amélioration des pratiques médicales ; c'est également une recherche dont les résultats ont vocation à être opérationnels. (59) (178)

Selon le Collège National des Généralistes Enseignant : (179)

- Les champs d'intervention et de recherche de la médecine générale concernent les soins primaires
- Les méthodes de recherche sont les mêmes que celles des autres disciplines, c'est le champ d'expérimentation qui diffère
- Champ de recherche quantitative et qualitative, trans et pluridisciplinaire

Elle s'effectue dans 5 secteurs :

- Secteur Epidémiologie - Santé Publique
- Secteur Evaluation de la Qualité des Soins
- Secteur Etudes et Essais d'intervention
- Secteur Sciences Humaines – Recherche Qualitative
- Secteur Recherche en Pédagogie

Ses objectifs sont :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques du champ de la discipline
- Rapprocher les données scientifiques expérimentales et celles issues de la pratique en soins primaires
- Fournir des données valides dans ce champ
- Mettre les résultats de l'expérimentation à l'épreuve des réalités cliniques
- Tester l'impact de la mise en œuvre des recommandations
- Développer l'audit et l'évaluation des pratiques

Selon l'ISNAR-IMG, les méthodes possibles sont multiples : essais thérapeutiques (études contrôlées), études épidémiologiques (descriptives, analytiques, interventionnelles), surveillance continue (description, quantification, observation, alertes épidémiques, évaluation des mesures de santé publique), analyse des pratiques (qualité des soins, établissement de référentiels, comparaison), recherche qualitative (prise en compte du comportement, du contexte socio-culturel, et de la dimension psycho-affective). (180)

A noter qu'il ne faut pas confondre recherche en médecine générale et recherche en soins primaires, qui peuvent être le fait d'autres professionnels du soin ou de santé. (59)

5.2.5.2 Pourquoi faire de la recherche en soins primaires ?

La création des universités répondait à un besoin d'enseignement. Cependant, depuis deux siècles, c'est la recherche qui est le principal moteur de toutes les réformes universitaires. Ce sont les grands conflits de 1870, 1914-18 et 1939-45 qui ont provoqué les réactions des élites politiques. Ce dernières cherchaient les raisons des défaites et les moyens des revanches. Et la recherche médicale française a été considérée à chaque fois comme anormalement inférieure à celle des puissances étrangères. Avant la première guerre mondiale, elle faisait honte au recteur de l'Académie de Paris. Après la seconde guerre mondiale, la recherche française est vue par le Général de Gaulle comme un outil politique pour faire briller la France. Enfin, la loi L.R.U de 2007 a pour principale ambition de hisser la recherche française à un meilleur niveau sur le plan international.

Depuis un siècle et demi, la recherche médicale a été soutenue par les Etats essentiellement à des fins politiques de prestige national. Cela explique, en partie, pourquoi depuis un demi-siècle, dans les universités des pays riches, on promeut les succès technologiques prestigieux dont l'intérêt en termes de santé des populations semble restreint. (92)

Or il est reconnu que les découvertes des sciences fondamentales ne peuvent être complètement utiles que si elles sont associées à la recherche clinique et épidémiologique. (92) Les investigations en médecine générale sont considérées comme essentielles pour l'exercice des autres spécialités. (59) (181)

Par ailleurs, il n'est plus besoin de démontrer que certains problèmes sanitaires sont des faits collectifs, relevant de causes sociales. La recherche clinique et épidémiologique se justifie indépendamment de ses apports à la recherche fondamentale. (182) Elle présente une importance majeure pour la santé des populations. (183) (184) (59) (177) (185) (181) (186)

La médecine générale est considérée aujourd'hui dans tous les systèmes de soins des pays industrialisés comme particulièrement bien placée pour évaluer les besoins de santé d'un individu, connaître ses conditions de vie, l'appréhender dans son environnement familial et social. (182)

Les chiffres sont là pour confirmer cette affirmation. Chaque année, chaque médecin généraliste français réalise environ 5500 actes. (58) Les médecins généralistes libéraux ont réalisé en 2003 environ 294 millions de consultations et visites, soit une moyenne de 4,9 contacts par habitant. Toute cette activité fait de la médecine générale le meilleur terrain d'investigation pour les travaux épidémiologiques mais aussi pour d'autres champs de recherche.

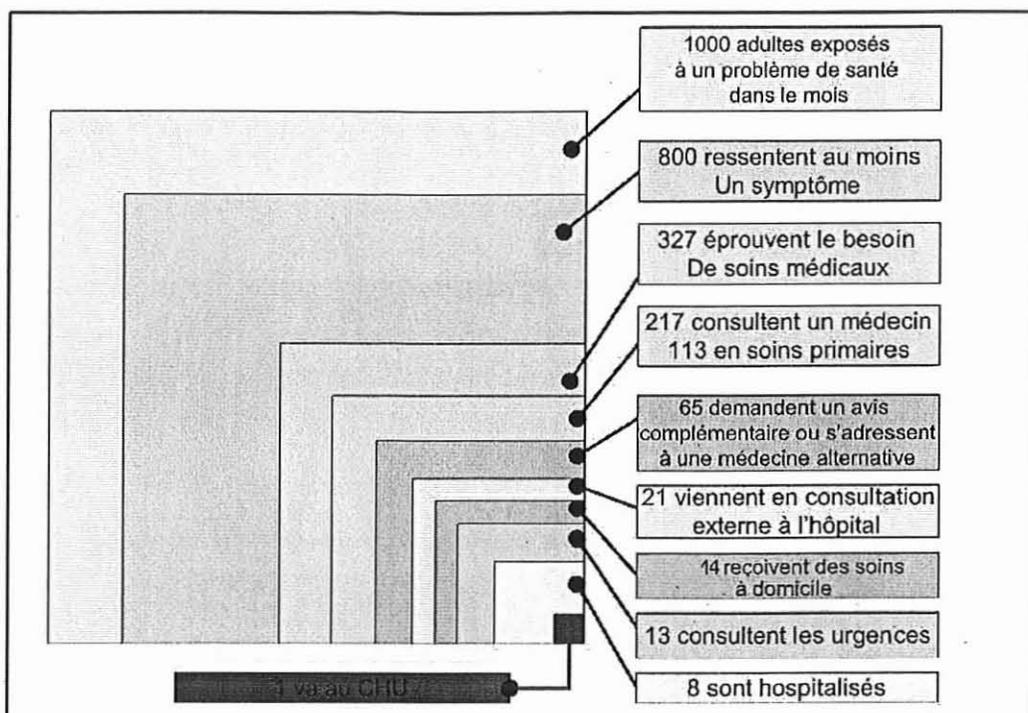


Figure 16 : Le carré de White, adaptation de Green et collaborateur - USA 2001 (85)

L'étude de Green réalisée en 2001 confirme, avec une étude statistique plus fiable et plus récente, les chiffres déjà trouvés par White en 1961 (figure 16)¹³³. Elle rappelle les 3 éléments importants suivants : (85)

- Le nombre relativement faible de patients ayant recours à l'hôpital dans leur parcours de soins.
- L'importance de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé, seules politiques de soins permettant d'améliorer le niveau de santé des 80% de patients ne consultant pas régulièrement leur médecin traitant.
- Le rôle central du médecin de premier recours dans l'organisation du système de santé.

Par ailleurs, elle met en évidence qu'une formation et une recherche médicales universitaires quasi exclusivement hospitalières sont certes indispensables, mais ne répondent pas aux demandes de la majorité des personnes consommatrices de santé. (85)

¹³³ White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. New Engl J Med 1961;265:885-92.

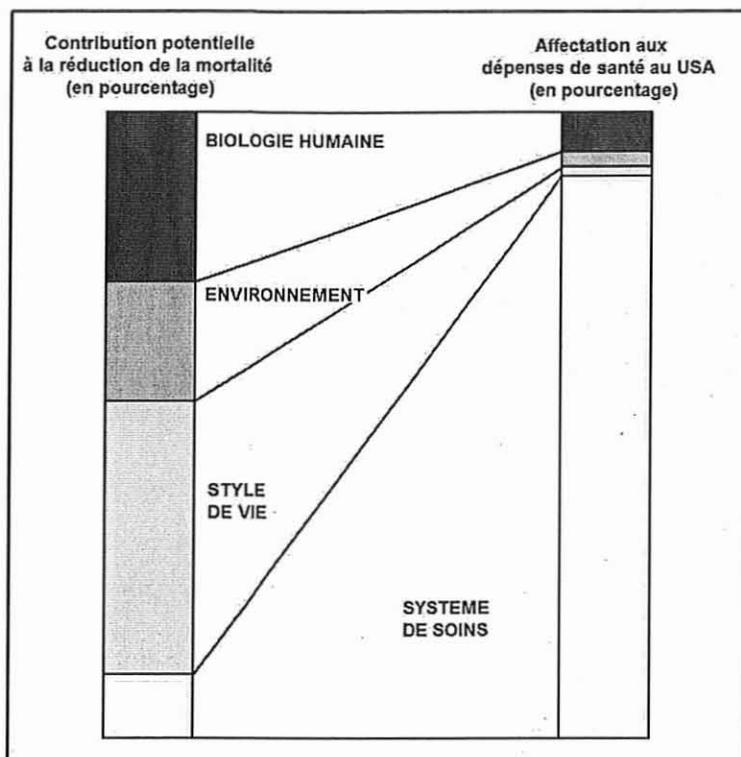


Figure 17 : Importance des facteurs de santé sur la mortalité et leur part dans le coût global des soins (187). Source : Dever G.E.A. « An Epidemiological Model for Health Policy Analysis », Soc Ind. Res., 1976. vol. 2, p.465

L'approche financière de la question (figure 17) montre tout l'intérêt d'investir dans ce qui peut améliorer le style de vie et l'environnement des patients. Certes la médecine générale n'est pas le seul moyen d'impacter ces deux facteurs. Mais elle n'en reste pas moins la spécialité des soins primaires. A ce titre, le développement des connaissances de la discipline dans les champs de l'éducation et de la prévention semble avoir le potentiel de réduire la mortalité des populations ; bien plus que la recherche dans les autres spécialités. Comme l'illustre la figure 17, se pose la question des choix d'investissement : le gain en termes de santé des populations pourrait au final être plus important si l'investissement dans certaines technologies de pointe était reporté sur des actions environnementales, éducatives, ou de recherche en soins primaires.

Autre argument : la tendance à la réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers va réduire les possibilités d'investigations des praticiens hospitaliers tout en augmentant celles des soins primaires. Surveillance post opératoire après la chirurgie ambulatoire, prise en charge des patients après des sorties de plus en plus précoces, etc. C'est tout un nouveau champ que seule la recherche en soins primaires pourra explorer. (92)

Une étude française menée en 2004 montre que les détenteurs d'un doctorat en médecine générale et qui ont préféré l'exercice hospitalier à la pratique libérale, estiment à plus de 98% que la recherche en médecine générale est importante. Cette proportion n'est que de 46% chez les médecins généralistes installés. La même étude montre que ces hospitaliers « ex-généralistes » sont plus enclin (58%) à participer à des travaux de recherche que les généralistes installés (46%). (177) Ces chiffres pourraient vouloir dire qu'une des raisons à la fuite des diplômés en médecine générale vers d'autres modes d'exercices relève de l'insuffisance des activités de recherche en médecine générale. Le développement du substratum scientifique à la pratique des soins primaires, tout comme la possibilité de participer à des travaux de recherche réduiront peut-être cette fuite. Une

des conclusions du rapport ONDPS¹³⁴ 2006/2007 concorde avec cette observation. On y peut lire qu'une des raisons de la désaffection des étudiants envers la médecine générale est « *que le métier de médecin généraliste de premier recours n'est pas aussi précisément défini que le métier des autres spécialistes* ». (3)

Enfin « *une discipline se définit par sa pratique, son enseignement et sa recherche* » c'est pourquoi le CNGE rappelle que la recherche en médecine générale a aussi pour objectif de : (179)

- Produire des données issues des soins primaires pour documenter les décisions et construire des stratégies thérapeutiques
- Nourrir un programme d'enseignement adapté au contexte des soins primaires
- Développer une pratique de recherche qui implique les acteurs des soins primaires

Le développement de la spécialité « médecine générale » est intimement lié au développement de sa recherche. (188) (189)

Pour résumer, la recherche en soins primaires est primordiale parce que :

- Elle améliore la santé des populations, avec une efficacité probablement supérieure à la recherche dans les autres spécialités.
- Elle structure, et améliore, la formation et la pratique des spécialistes en soins primaires
- Elle augmente l'attractivité pour la discipline et pourrait réduire la fuite des généralistes diplômés vers d'autres pratiques que la médecine générale
- Elle est indispensable à la recherche hospitalière et à la recherche fondamentale

5.2.5.3 État des lieux de la recherche en médecine générale en France

Toute la recherche française passe par une crise. Elle est en pleine restructuration depuis la loi de programme pour la recherche du 18 avril 2006. (190) Le rapport Marescaux montre que cette crise touche aussi la recherche médicale. (29)

Concernant la médecine générale, le rapport « Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions » de Gérard de Pouvoirvillé est accablant. La médecine générale est « *un vaste domaine de soins (...) qui ne bénéficie pas, ou peu, d'investigations scientifiques rigoureuses* ». (59) Et l'absence de corps universitaire aggrave forcément cet état de fait. (188)

Un autre chiffre est révélateur de la situation. Une étude menée sur les thèses d'exercice soutenues entre 1991 et 2000, montre que les thèses de médecine générale qui pourraient représenter environ la moitié des thèses d'exercice en France, sont rares et représentent moins de 5% des travaux. (182)

Ce bilan plutôt négatif ne doit cependant pas faire oublier que la recherche en médecine générale existe en France.

Depuis la création de la SFMG, première société savante de médecine générale en 1973, la recherche en médecine générale progresse et existe. Une étude menée par les chercheurs du CERMES¹³⁵ au début des années 1990 montrait qu'environ 3,5% des généralistes participaient à des recherches

¹³⁴ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

¹³⁵ Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CNRS UMR 8169 - Inserm U750)

institutionnalisées et rémunérées. En 2000, l'INSERM a créé son 30ème comité d'interface avec la médecine générale, reconnaissance tardive mais symbolique de l'existence de cette recherche. En 2001, les Cahiers de sociologie et de démographie médicale ont tenté de faire un état des lieux des publications de recherche en médecine générale sur 10 ans. Ils ont recensé tous les articles de recherche publiée dans trois revues principales (Exercer, la Revue du Praticien Médecine Générale et le Concours Médical). Ils ont pu dénombrer en 10 ans, 271 articles pour 161 auteurs. Des publications françaises internationales existent aussi (cf. figure 18 ci-dessous).

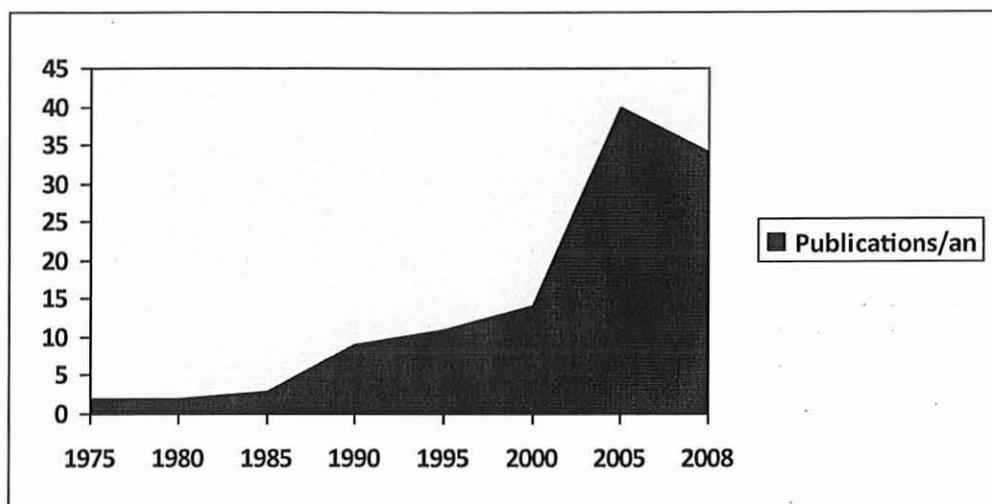


Figure 18 : Publications françaises de médecine générales référencées annuellement dans la base PubMed depuis 1975.
Source : Interrogation PubMed en septembre 2009.

A ce jour, il existe trois sociétés savantes travaillant à la recherche en médecine générale : la SFMG, la SFTG¹³⁶ et le CNGE. (178) Et « on ne peut que se féliciter que malgré tout, la communauté des médecins généralistes se soit efforcée de produire des travaux visant à améliorer leurs pratiques et la prise en charge de leurs patients. Par ailleurs, sur les dix dernières années, cette communauté a multiplié les manifestations scientifiques et les contacts avec les équipes internationales de recherche ». (59)

Cependant la réalité est bien là. « La recherche en médecine générale (...) ne vit que par la volonté "de moins soldats". La recherche professionnalisée existe, mais repose sur quelques centaines de médecins passionnés » (191) Cette situation paraît d'autant plus inacceptable que près de la moitié des généralistes souhaiterait participer activement à des travaux de recherches. (177)

¹³⁶ Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

5.2.5.4 La place de la France dans la recherche internationale en soins primaires

Nous avons interrogé la base PubMed avec les équations suivantes :

- #1 : "Primary Health Care" : 198 391 (dont 13 073 revues de la littérature)
- #2 : "Family Practice" : 88 042 (dont 8 012 revues)
- #3 : "General Practice" : 136 246 (dont 15 346 revues)
- #4 : "General AND (practioner OR practitioner OR practionners)": 14 388 (dont 1167 revues)
- #5 : #1 AND (#2 OR #3 OR #4) : 20 199 (dont 2 005 revues)
- #6 : #5 AND (France OR French) : 970 (dont 124 revues)
- #7 : #5 AND (France) : 423 (dont 33 revues)¹³⁷

Les résultats sont présentés au niveau de la figure 19. Nous voyons que la production française est de faible importance.

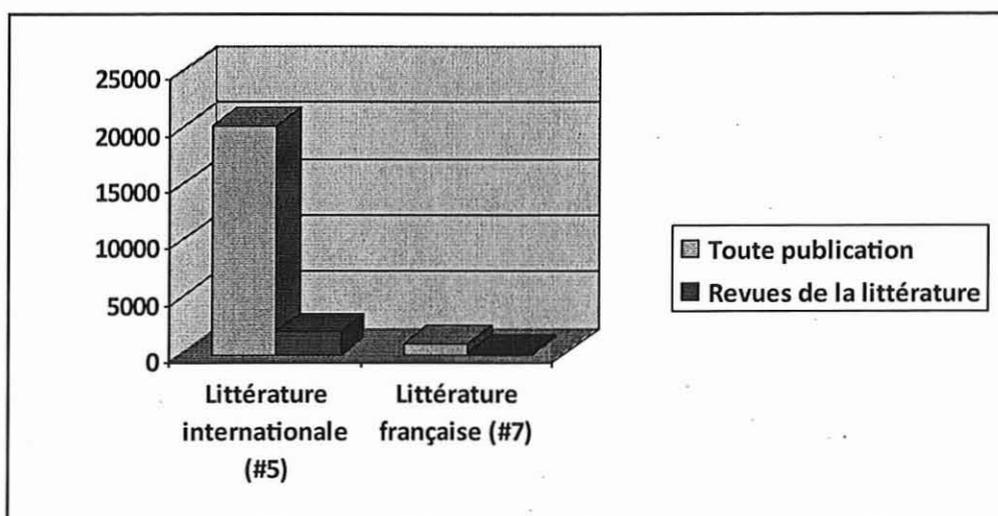


Figure 19 : Littérature française et internationale recensée pour la médecine générale. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009 .

Puis nous avons étudié les équations #5 et #7 par année. Les résultats sont présentés à travers la figure 20.

¹³⁷ Nous avons supprimé le mot clé « french » (équivalent à « langue française ») parce que des publications en français sont faites dans d'autres pays comme la Suisse et la Belgique

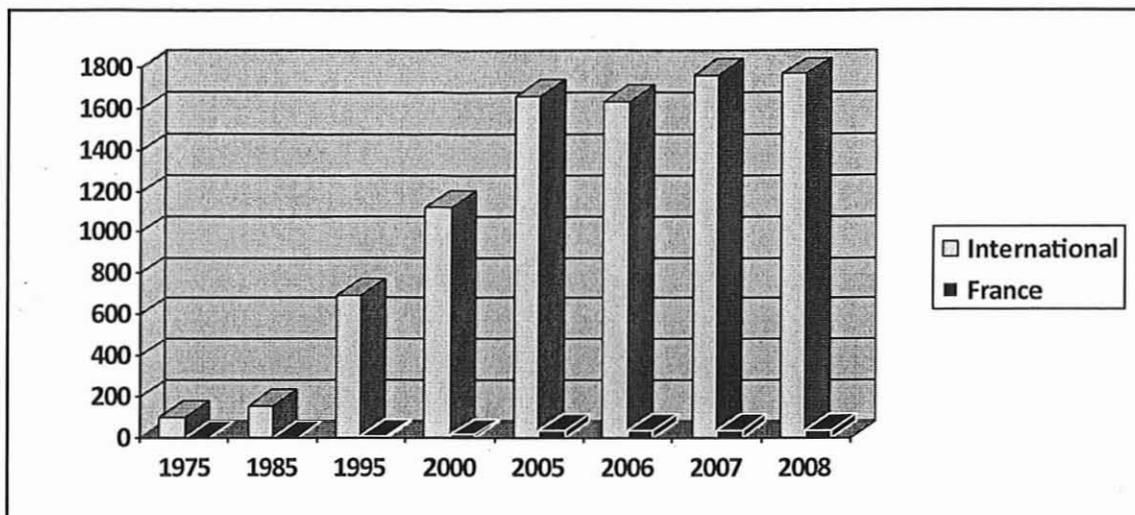


Figure 20 : Publications annuelles françaises et internationales sur la médecine générale depuis 1975. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009

L'échelle du graphique ne permet pas de dire si la part de production française suit l'évolution internationale. On voit cependant qu'elle reste tout à fait mineure.

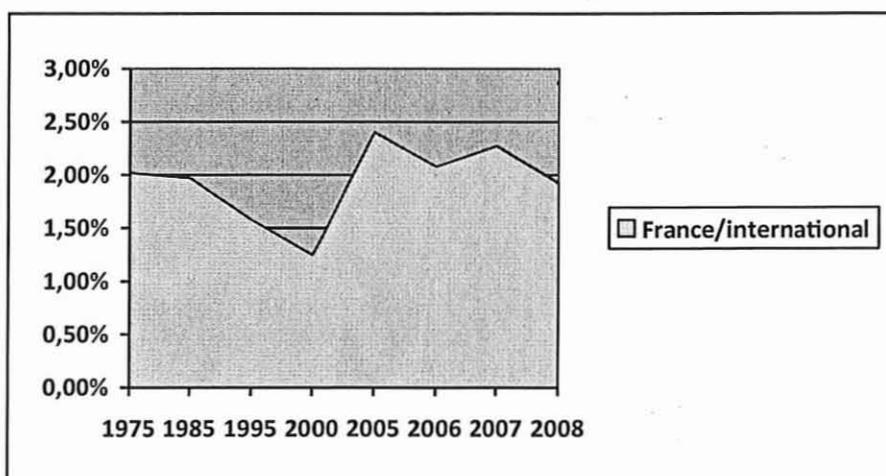


Figure 21 : Part de la publication française dans la littérature internationale sur la médecine générale. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009

Cette petite étude numérique présente des biais : manque de spécificité des mots clés, publications uniquement en anglais, indexation de plus en plus incertaine quand on remonte dans le temps. Cependant elle donne une idée de la position internationale de la recherche française en médecine générale. On voit que la France tient une place mineure (inférieure à 3% des publications). Après une amorce d'amélioration entre 2000 et 2005, on voit que la France stagne depuis 2005 ; elle recule même depuis 2007 (figure 21).

A noter que la France n'est pas le seul pays industrialisé dans lequel la recherche en soins primaires peine à produire des publications. En Australie une étude montre que seulement un quart des généralistes s'y intéresse et que seulement 3% y participent. (183) L'Allemagne déplore aussi une recherche en médecine générale peu développée. Pourtant dans ces 3 pays, les médecins généralistes montrent un intérêt non négligeable pour la recherche dans leur discipline. (177) (183) (184)

En Europe, ce sont les Pays Bas et l'Angleterre qui font figure de modèles dans le domaine de la recherche en médecine générale. (184) (192) (185)

5.2.5.5 Les freins à la recherche en médecine générale

Les raisons évoquées en France, comme ailleurs, pour l'arrêt ou la non-participation aux études sont :

- le manque de temps (177) (179) (183) (192) notamment du fait de la surcharge administrative (184)
- le manque d'énergie (177) (179) (183)
- les difficultés financières (ce dernier critère influençant les deux premiers) (177) (179) (184) (192)
- les insuffisances méthodologiques (177) (179)
- l'organisation du système de soins (179) (184)
- l'absence de véritable politique de développement de la recherche en soins primaires (179)
- l'insuffisante formation des médecins à la recherche (179)
- la difficulté d'organiser le recueil des données (sites de recueil éclatés). (179)
- la difficulté à recruter des patients (à la deuxième place des raisons évoquées dans une étude australienne portant sur près de 300 omnipraticiens et 5000 patients). Les deux causes majeures de cette entrave au recrutement sont la non-participation des patients et la difficulté d'établir le listing des patients cibles (183)
- la difficulté de recruter des médecins généralistes. Le manque d'intérêt des généralistes pour la recherche et l'absence de listings fiables de la profession en sont les raisons. (183) (184)
- l'absence ou l'insuffisance de l'équipe entourant le médecin généraliste (183) (184) (192)
- l'absence ou la mauvaise qualité de l'outil informatique des praticiens. Le recueil non standardisé des données est incriminé ; tout comme les logiciels métier non compatibles avec un recueil standardisé des données (183)

La langue est aussi une barrière. Le fait que les chercheurs actuels en médecine générale maîtrisent mal l'anglais scientifique est une des raisons évoquées, en France, au faible nombre de publications internationales. (178)

Un état des lieux de la recherche en médecine générale en France mené en 2004 montrait que 41% des projets de recherche étaient financés par l'industrie pharmaceutique. Outre le fait que cela montre les lacunes du système de financement de la recherche en soins primaires, la place importante de l'industrie pharmaceutique est un problème. Inutile de dire que les sujets traités servent avant tout des intérêts mercantiles et non pas la santé des populations. Ensuite, les informations de base sur les études, tout comme leur devenir sont loin d'être toujours connus par les investigateurs. (177)

L'opacité sur la conception et la finalité des études financées par l'industrie pharmaceutique est à contre courant de la volonté internationale¹³⁸ de voir les investigateurs afficher clairement les caractéristiques de leurs essais avant l'inclusion du premier patient, puis de publier tous les résultats des recherches menées (sous entendu : y compris ceux qui desservent les intérêts du promoteur). (193)

Il ne faut pas diaboliser les laboratoires qui sont des partenaires évidents de la recherche. Cependant il paraît bon de réduire leur importance dans le financement de la recherche en soins primaires et d'établir des règles de bon fonctionnement. (177)

5.2.5.6 Quels sont les effecteurs de la recherche en soins primaires

La médecine générale a la responsabilité de la gestion des soins primaires, mais d'autres professionnels interviennent dans ce champ de la santé.

Les gestionnaires des soins primaires que sont les médecins généralistes seront les plus à même d'organiser des études sur les soins primaires. Mais cela peut et doit faire appel à des collaborations pluri et transdisciplinaires, à la fois avec les autres professionnels de santé mais aussi avec les chercheurs des sciences humaines et sociales. (59) (178) (179)

Actuellement l'essentiel de la recherche médicale spécialisée est faite par des non médecins. La mobilisation de ressources extérieures au monde médical semble indispensable. (182) (184) Comme nous l'avons vu, elle est évoquée comme un facteur dans les freins à la recherche en médecine générale.

En France, certains laboratoires mettent déjà en place des assistants au profit des investigateurs. Cela se fait sous la forme de personnes détachées auprès d'eux un certain nombre de jours pendant les études. Ils aident par exemple à planifier et prendre les rendez-vous avec les patients, à remplir les cahiers d'observation.

Les anglo-saxons ont développé de véritables métiers dédiés à épauler les praticiens dans leurs recherches : « study nurses » pour des infirmières coordinatrices de recherche (193) et « mentors » pour des assistants coordonnateurs de recherche. (184)

Autre acteur qui paraît incontournable : les DMG. Comme nous l'avons vu, cette entité facultaire a les capacités d'organiser la recherche en médecine générale. Pour le CNGE, les DMG peuvent : (179)

- Participer au comité d'interface INSERM-Médecine Générale
- Initier et développer des projets de recherche en soins primaires, dans le cadre du DES et des diplômes de 3ème cycle
- Encourager le recueil de données en soins primaires
- Faciliter l'accès aux financements
- Favoriser le travail entre les différentes disciplines
- Développer et promouvoir les thèses de médecine générale. Favoriser leur diffusion et leur publication

Aux Etats Unis, certains voient même les DMG comme un des moteurs potentiels du renouveau des facultés de médecine (92)

¹³⁸ International Committee of Medical Journals Editors, appelé « Groupe de Vancouver »

5.2.5.7 *Quels sont les outils utilisés pour faire la recherche*

De toute évidence le travail de recherche en médecine générale consiste à recueillir des données issues d'observations cliniques ou d'études de dossier. Ce recueil peut se faire de trois manières.

La première, nous en avons déjà parlé, ce sont les observatoires informatisés et continus des pratiques. Ils permettent un enregistrement en continu (pendant les consultations) et transparent (sans manipulations supplémentaires) des données des consultations. Ils obligent à avoir un équipement informatique adapté et de maîtriser la saisie standardisée des données. A noter que d'autres professionnels que les médecins généralistes peuvent participer au recueil de ces données, notamment les secrétaires. Le futur DMP présentera le même intérêt, un mode de fonctionnement similaire et les mêmes contraintes. Par contre, ses données ne seront pas centrées sur la pratique des soins primaires.

La deuxième méthode est le recueil lors d'entretiens dédiés. La saisie des données se fait soit sur papier (questionnaire, cahier d'investigation), soit sur informatique. Pour ces recueils, un bureau isolé pour réaliser les entretiens peut être nécessaire. Un espace doit être dédié à l'archivage des questionnaires papiers et des notices de protocole. (193)

La troisième méthode est l'enregistrement audio ou vidéo de consultation. Nous avons vu que cela présente un intérêt dans la recherche en pédagogie. Mais cette méthode présente aussi un intérêt pour la recherche en soins primaires. Son utilisation est répandue à l'étranger. Une revue de la littérature menée en 2008 par une équipe anglaise montre que cette technique permet, par exemple, d'explorer efficacement les interactions médecin-patient. (194)

Dans le cadre d'essais thérapeutiques, il est évident qu'un espace doit être prévu pour le stockage des médicaments.

Dans toutes ces méthodes, le recueil d'un consentement éclairé est obligatoire (Article L1122-1-1 du code de la santé publique). (193) Cela oblige à disposer d'une documentation informative et d'archiver les formulaires de consentement signés par les participants à l'épreuve. Un espace dédié à cet archivage est nécessaire.

Enfin le consentement ne décharge pas complètement les investigateurs. Ces derniers doivent souscrire à des assurances spécifiques pour leurs activités de recherche. (193)

5.2.5.8 *Comment doit évoluer la recherche en médecine générale ?*

5.2.5.8.1 Lever les freins existants

Le manque de temps : il faut à la fois dégager les praticiens du paiement à l'acte exclusif et à la fois développer tous les outils permettant d'économiser du temps médical (regroupement, transfert de tâches, pluridisciplinarité, *Study nurses*, *Mentors*, etc.).

Le manque d'énergie : il faut respecter les attentes des actuels et futurs praticiens qui désirent réduire le nombre d'heures de travail hebdomadaire. Cela ne sera compatible avec les projections démographiques que si on met en place les outils qui permettent de rentabiliser le temps médical.

Les insuffisances méthodologiques : la recherche en médecine générale doit être menée par des universitaires. En ce sens, la mise en place de la FUMG est une véritable urgence à la fois pour la discipline mais aussi pour la santé des populations.

Les difficultés financières : le paiement à l'acte incite à ne rien faire d'autre « que de l'acte » ; le mode de rémunération des généralistes doit absolument changer. Un investissement politique et financier majeur de la France est indispensable pour que cette recherche puisse exister et se développer avec le maximum d'indépendance vis-à-vis des intérêts mercantiles de l'industrie pharmaceutique.

L'insuffisance de formation des médecins généralistes à la recherche : encore une raison à l'urgence de développer la FUMG. Qui d'autre pour enseigner la recherche en médecine générale que les UMG ?

La difficulté du recueil des données liée à l'éclatement des sites d'investigation : les NTIC sont la solution. Les cabinets des praticiens doivent être mieux équipés et les praticiens mieux formés à l'utilisation de ces nouvelles technologies.

La difficulté à recruter des patients : une promotion de la recherche doit être faite. On peut imaginer un affichage en salle d'attente, des conférences sur le sujet, des campagnes de communications nationales menées par les institutions. Les praticiens doivent aussi faire une saisie standardisée des données des dossiers patients. Leur logiciel métier doit permettre de tenir correctement, mais aussi d'interroger facilement, une base de données fiable. Cette base de données est indispensable à l'établissement des listings des patients cibles. (183)

Les difficultés à recruter des médecins investigateurs: le rapport Marescaux préconise une initiation précoce à la recherche. (29) L'acquisition de « points FMC » avec les activités de recherche a un pouvoir incitatif. La tenue d'une base de données fiable des praticiens en exercice est nécessaire. L'encadrement et la collaboration étroite entre les investigateurs et les équipes menant les enquêtes est un facteur améliorant la participation. Le fait de faire peser le moins de tâches possibles sur le médecin tout en lui fournissant une aide logistique augmente le taux de participation (183) (181)

La barrière de la langue : la formation à l'anglais médical et scientifique doit être améliorée en FMI et lors du DPC. Les cabinets doivent s'équiper d'outils linguistiques aidant à la traduction (dictionnaire papier, informatique, traducteur électronique).

5.2.5.8.2 La création des projets d'études

Dans ses « Réflexions sur la recherche clinique en France et recommandations », l'Académie nationale de médecine (avril 2008) reconnaissait que « *l'époque où le chef d'un service de CHU, partant d'observations cliniques, pouvait organiser au sein de son service un programme de recherche focalisé sur un problème, mettre en place les outils de la recherche et, sans délais, progresser est bien révolue. Si cette époque avait permis à certains la conduite d'une recherche productive, il faut aussi admettre que les contraintes nouvelles de la recherche (la nécessité de collaborations extérieures de plus en plus spécifiques,...) a rendu le système obsolète.* » (156)

Il est évident que le lieu d'exercice d'un omnipraticien ne pourra accueillir des projets de recherche dans leur globalité. Cela rejoint les propositions du rapport Marescaux qui recommande le regroupement des équipes pour atteindre des tailles critiques permettant aux études d'être significatives. (29) (185)

Par exemple quand on recherche des études sur le diabète de type 2, on voit des échantillons de : (195)

- 267 hommes, étude Malmö en Suède indiquait une différence significative de l'incidence du diabète de type 2
- 577 personnes, étude Da-Qing en Chine, basée sur un vaste programme de dépistage basé sur la population. L'objectif était d'identifier des personnes atteintes d'intolérance au glucose et de voir si des mesures pouvait réduire l'évolution vers le diabète de type 2
- 522 personnes, la Diabetes Prevention Study finlandaise

La prévalence du diabète de type 2 est proche de 4% en France (196). La taille moyenne d'une patientèle est de 1500 patients/omnipraticien. (3) Même si cette taille augmente avec la contraction démographique, il paraît difficile de voir un RPPS de 5 praticiens attendre la taille critique pour des projets de recherche sur une pathologie aussi courante que le diabète de type 2 (échantillon maximal de 7500 – 10000 personnes soit potentiellement entre 300-400 diabétique de type 2).

Les médecins généralistes devront donc s'organiser en groupes, en réseaux de cabinets et de RPPS (cf. figure22 ci-dessous) qui réalisent ensembles des projets de recherche régionaux ; et qui participent à des projets inter régionaux comme internationaux.

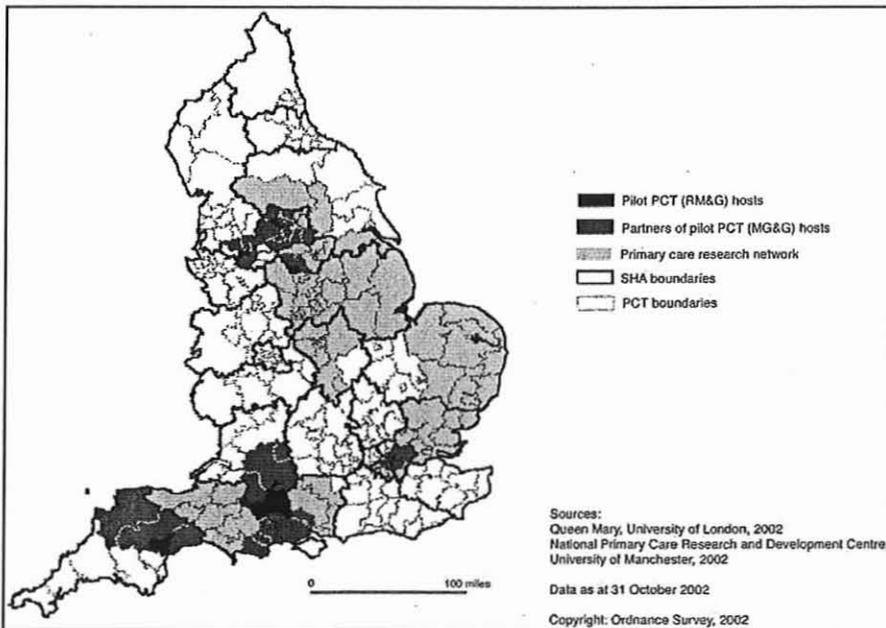


Figure 22 : Exemple de réseaux régionaux de recherche en soins primaire en Angleterre. Les réseaux entourent des regroupements médicaux (PCT) pilotes. Le tout est organisé et financé par le Ministère en charge de la santé (185)

Comme autre ordre de grandeur, il existe des suivis longitudinaux de grandes cohortes. Par exemple l'étude MORGAM qui regroupe plusieurs cohortes européennes (128 000 sujets dans 23 centres, répartis dans 10 pays européens) afin d'étudier avec une puissance statistique importante l'impact des facteurs de susceptibilité génétique sur le risque coronaire. (197) Cela montre le potentiel majeur de la coordination de la recherche en soins primaires. De tels échantillons paraissent tout à fait accessibles à des coordinations inter régionales.

Donc, tout comme la recherche hospitalo-universitaire (29), il est très important que la recherche en soins primaires soit coordonnée et pilotée par des instances régionales et supra régionales. Comme nous l'avons vu, les UMG au sein des DMG sont les candidats parfaits pour cette coordination régionale. Sur le plan national, il faudra créer une institution dédiée à la recherche médicale en soins primaires. (185)

5.2.5.8.3 La recherche au cabinet

Comme nous venons de le voir, la recherche se réfléchira en dehors des cabinets de médecine générale. Mais c'est bien le lieu d'exercice des omnipraticiens qui sera le théâtre de l'investigation et l'outil effecteur de cette recherche.

5.2.5.8.3.1 L'évolution des outils

Dans l'évolution des outils du recueil des données, il faut que se généralise la participation aux observatoires continus et informatisés des pratiques. Le futur DMP représente un potentiel majeur. Sa mise en place doit être une priorité ; tout comme la formation des praticiens et des patients à son utilisation.

Il faut aussi développer les outils de saisie informatique des données : cahier d'investigation informatisé, questionnaire en ligne, etc.

L'utilisation des enregistrements audio et vidéo est à développer en France.

Les NTIC, tout comme les immenses capacités des outils informatiques doivent permettre le développement de nouvelles méthodes de recueil de données.

Par exemple, on peut imaginer le développement et l'intégration aux logiciels métier, d'outils de remplissage de questionnaire en situation. Imaginons, en guise d'exemple : une étude nationale est menée sur tout les diabétiques de type 2, âgés de 50 à 59 ans. Un « e-questionnaire » compatible avec les logiciels métier est créé par l'équipe de recherche. Sa diffusion et son intégration aux logiciels métier des cabinets se fait lors des mises à jour en ligne quotidiennes des logiciels métier (le DMP pourrait aussi être un vecteur de ces « e-questionnaires »). Lorsqu'un praticien voit en consultation un patient pouvant être inclus dans l'étude, une alerte le prévient et lui propose de remplir le questionnaire. On peut même imaginer qu'une partie des informations soit déjà remplie à partir des données du dossier patient (cela est rendu possible par la standardisation des données).

Un autre exemple : on pourrait disposer, dans les salles d'attentes, des bornes informatiques destinées aux patients. Le personnel d'accueil inviterait alors les patients à répondre à des « e-questionnaires » en attendant d'être vu en consultation.

Les UMG doivent absolument réfléchir au développement de tels outils.

5.2.5.8.3.2 Les acteurs et leurs rôles respectif

Comme nous l'avons vu, la conception des projets et leur analyse reposera légitimement sur les UMG, organisés dans des instances régionale (DMG) et supra régionale (à définir). A noter que la collaboration pluri et transdisciplinaire semble tout aussi nécessaire dans ces instances que sur le terrain des investigations. A ce titre, il faudrait que les UFR de santé développent des « départements des soins primaires » au sein desquels travailleraient ensemble tous les enseignants et chercheurs de toutes les professions impliquées dans les soins primaires. L'équivalent national d'une telle instance paraît tout aussi indispensable.

Pour ce qui est du recueil de données, l'implication des médecins ne sera que rarement nécessaire. Aux vues des projections démographiques, de l'expérience de la recherche hospitalo-universitaire française et de l'expérience anglaise de la recherche en soins primaires, le recueil de données pourra et devra être transféré sur d'autres professionnels : secrétaire médicale, assistant médical, stagiaire, IDE (*study nurses*), etc.

La présence d'une équipe autour du généraliste et son implication dans la recherche permet plus facilement à celui-ci de s'investir dans la recherche. (184) (192) Elle améliore par ailleurs la qualité de travail de recherche. (183) Elle est indispensable.

Pour les mêmes raisons, il faut transférer à chaque fois que cela est possible, la coordination des enquêtes sur le terrain, à d'autres professionnels : CCU-MG (intérêt de la formation à la recherche), IDE, création du métier d'assistant coordonnateur (*Mentor*), personnels détachés d'un laboratoire, d'une institution. Il faudra offrir un outil de travail (bureau, ordinateur) à ce professionnel.

5.2.5.9 Conclusion : quels besoins pour faire de la recherche ?

De l'impact de la mission de recherche sur le lieu d'exercice, on retient que le lieu d'exercice des UMG devra permettre:

- Aux UMG d'être absent du cabinet (participation aux instances de pilotage de la recherche) sans que la continuité des soins soit compromise. Un exercice en groupe paraît indispensable.
- Aux UMG d'avoir du temps pour pratiquer la recherche : autre mode rémunération que le paiement à l'acte exclusif, travail en groupe pluridisciplinaire, transfert de tâche.
- De transférer une partie du travail d'investigation sur d'autres professionnels (assistant médical, secrétaire médicale, stagiaires, IDE, *study nurses*, *mentors*, autre). L'exercice en groupe paraît indispensable.
- Le travail en équipe avec d'autres UMG et omnipraticiens. Les outils qui paraissent nécessaires sont : une salle de réunion (voire de téléconférence), informatisation et mise en réseau de tous les cabinets, embauche mutualisée de coordonnateur des investigations, outils d'aide à la traduction indispensables pour les collaborations internationales.
- Le recueil de données : outils informatiques (saisie informatisée standardisée, observatoire des pratiques), matériel d'enregistrement et de visionnage audio et vidéo, bureaux dédiés et archives papiers.
- Le stockage du matériel de recherche : documents, formulaires, cahiers d'investigation, boîte de médicaments, etc.
- L'accueil de professionnels dédiés à la recherche : bureau, ordinateurs, financements.
- La promotion de la recherche auprès des patients : affichage en salle d'attente, conférences.
- Une saisie standardisée des données des dossiers des patients, avec un logiciel métier qui permette de tenir correctement, mais aussi d'interroger facilement, une base de données fiable.
- Le développement de nouveaux outils informatiques dédiés à la recherche : e-questionnaires, alertes informatiques, remplissage automatique à partir des données du dossier patient, bornes informatiques en salle d'attente pour un remplissage de questionnaire par les patients.

On notera l'importance des DMG dans le pilotage régional des recherches.

5.3 Synthèse première partie

5.3.1 Introduction

L'étude de l'histoire nous montre que la médecine générale française a d'abord été une spécialité définie par défaut, par exclusion, par échec. Alors que les premiers universitaires de la discipline sont apparus dans les années 1960 en Europe, les premiers PU-MG français viennent tout juste d'être nommés. Nous ne saurions expliquer ce retard qui n'est pas le propre de la France puisque d'autres pays européens sont encore dépourvus de corps universitaire en médecine générale (ex : Suède, Italie, Portugal).

Quoiqu'il en soit, la situation de la discipline est très préoccupante. Elle passe par une crise planétaire qui va jusqu'à laisser croire à certains que la médecine générale pourrait disparaître des systèmes de soins. Nombreuses sont les réflexions sur les raisons des échecs et sur les moyens d'une renaissance, mais tout le monde s'accorde à dire que la médecine générale sera sauvée par le développement du travail pluridisciplinaire, une adaptation des modes de rémunération et par une utilisation optimale de l'outil informatique ; le tout nécessitant une volonté politique forte et un investissement financier majeur.

En France, la discipline connaît à la fois des difficultés numériques, mais aussi un manque cruel de substratum scientifique indispensable à son efficacité et à son attractivité. Des réformes organisationnelles majeures sont attendues. La loi HSPT semble avoir entamé une révolution dans l'organisation des soins en France ; et pour une fois, la médecine générale n'a pas été mise au banc des bénéficiaires des réformes. Et ces dernières semblent être de nature à répondre aux attentes de la profession et aux défis lancés par les projections démographiques.

La mise en place de la FUMG, dans tout ce qu'elle apportera en termes de formation des futurs praticiens et de production des données scientifiques indispensables au progrès de la discipline, semble être une véritable urgence.

Enfin rappelons nous que la discipline « médecine générale » est en grande partie définie par son lieu d'exercice : le cabinet médical au sens large. A travers les âges, il a toujours été façonné à la fois par le contexte sociétal et à la fois par les pratiques médicales. En France, la société continue d'évoluer, le système de soins doit changer, la médecine générale doit impérativement s'adapter et la FUMG doit absolument avoir les outils de ses ambitions.

Les cabinets de médecine générale ne peuvent que connaître un mouvement de réforme d'une ampleur équivalente. Et les UMG ont vocation à être les pionniers de cette découverte de la nouvelle pratique de la médecine générale en France.

5.3.2 Comment devra être organisé le lieu d'exercice des UMG ?

Avant tout, nous tenons à rappeler une notion majeure ; celle de l'excellence des pratiques des universitaires médicaux. Ces derniers sont l'élite des disciplines. Personne ne pourrait comprendre une autre manière d'envisager leur pratique ; notamment leurs stagiaires qui doivent voir en eux des exemples dont on puisse s'inspirer. Les UMG ne peuvent déroger à cette règle qui paraît essentielle.

Point par point, nous allons présenter ce qui apparaît plutôt comme un impératif législatif (L), ou plutôt comme un impératif relevant de l'évolution de la discipline et/ou des missions universitaires (DU), ou comme une proposition issue de notre réflexion (P).

5.3.2.1 Un exercice en groupe avec des transferts de tâches (MDSP ou centre de santé)

L'exercice pluri-professionnel pluridisciplinaire dans une unité de lieu est indispensable pour les raisons suivantes :

- La mutualisation du coût d'embauche du personnel d'entretien et de secrétariat (DU mais aussi L car les obligations légales administratives et d'hygiène rendent ces embauches quasi obligatoires)
- Mutualisation d'autres coûts : investissement et/ou mises aux normes des bâtiments (L), aménagement des bâtiments pour l'accueil de stagiaire (DU, P), matériel informatique (DU, L), matériel médical (L, DU)
- Meilleure organisation et rentabilisation du temps médical (DU) tout en permettant la continuité, la permanence des soins, le DPC, la recherche, l'enseignement (L)
- Seule possibilité pour les UMG de s'absenter de leur cabinet sans rompre la continuité de soins (L, DU)
- Meilleure configuration pour l'apprentissage pratique de la pluridisciplinarité (L)
- Transferts de tâches et travail pluridisciplinaire pour permettre et/ou d'accroître le panel et la qualité des soins, l'éducation, la prévention, le dépistage, la recherche, l'enseignement, le DPC (DU, L)
- Réponse aux attentes des jeunes praticiens, intérêt pour l'attractivité de la discipline et donc pour l'amélioration de la démographie médicale (DU)
- Le regroupement est un outil régulateur des dépenses de santé. (DU)

La maison de santé pluridisciplinaire est le modèle le plus adapté. Les centres de santé sont une option envisageable, sous réserve qu'ils participent à la permanence des soins et qu'ils se développent à travers le pays.

5.3.2.2 La composition de l'équipe pluridisciplinaire – création de nouveaux métiers

Les membres relevant quasiment d'une obligation légale :

- Personnel d'entretien : les recommandations sur l'hygiène impliquent un nettoyage quotidien des sols, des mobiliers et des équipements. Avec la pénurie annoncée, quel médecin aura le temps pour honorer seul cette obligation ?
- Secrétariat : les tâches administratives dévolues aux généralistes par le cadre législatif sont pesantes (contrat avec les ARS, gestion du DMP et saisie standardisée des données, archivage papier). Viennent s'y ajouter les recommandations d'hygiène qui incite au travail sur rendez-vous afin de limiter les risques de contamination pendant le temps passé en salle d'attente. Une secrétaire paraît indispensable à la gestion de toutes ces obligations légales. Elle est par ailleurs indispensable pour des nombreuses autres raisons qui relèvent de la gestion du cabinet, du personnel, etc.
- Un manager : dans le cadre d'un RPPS rassemblant un grand nombre de professionnels et de stagiaires, l'ensemble des obligations légales liées à la gestion des ressources matérielles et financières le rend quasiment indispensable.

Les membres nécessaires dans le cadre de l'évolution de la discipline et/ou aux missions universitaires :

- Présence en permanence nécessaire :
 - IDE
 - Kinésithérapeute
 - Pharmacien

- Présence plus ou moins fréquente :
 - Autres spécialistes vacataires, par ordre d'importance : cardiologue, gastro-entérologue, rhumatologue
 - Chirurgiens dentistes (une présence permanente ne paraît pas contre-productive)
 - Psychologue(s)
 - Travailleurs sociaux
 - Orthophoniste(s)
 - Sages femmes
 - Diététicien(s)
 - Stagiaires étudiant en médecine : externe, IMG en stage chez le praticien ou en SASPAS
 - Professionnels dédiés à l'assistance à la recherche : personnels détachés des laboratoires, autres (création des métiers équivalent au *Study nurses* et aux *Mentors* anglais pour l'assistance à la coordination et au recueil des données de la recherche en soins primaire)

Nous proposons :

- Toutes les professions utiles dans la mesure où cela répond de manière efficiente à un besoin en santé : podologue, orthoptiste, ophtalmologiste...
- La collaboration avec : hygiéniste, informaticien, comptable. Cela apparaît comme indispensable.
- Stagiaires des autres professions (actuellement possible) : secrétaire, informaticien
- Les CCU-MG en tant que collaborateur libéral ou salarié ; à la fois pour parfaire leur pratique des soins, mais aussi pour l'apprentissage de la recherche et de l'enseignement au contact des UMG titulaires et enfin pour aider au maintien de la continuité de soins en l'absence des UMG.
- Accueil de stagiaire pas encore prévu par la loi : stage d'initiation aux soins de début de PCEM2, internes des autres DES, stagiaires de toutes les professions représentées au sein du RPPS (IDE, pharmacien, kinésithérapeute, etc.)
- La création du métier d'assistant médical. A l'image des assistants dentaire ou vétérinaires, il effectue des tâches paramédicales et des tâches administratives. Il permet d'économiser du temps médical sans réduire le temps de consultation. Il permet aux médecins d'utiliser le temps dégagé à des tâches que lui seul peut accomplir (examen clinique, geste technique, décision médicale, enseignement, recherche, etc.). Il participe à l'amélioration de la qualité de soins. Son efficience doit être étudiée.

5.3.2.3 Mobilité des patients et des médecins

Il est impératif que le temps médical soit utilisé à autre chose qu'à du temps de transport. (DU)

Cependant, la visite doit être maintenue pour les patients ne pouvant se rendre au cabinet. (L) Les critères de mobilités des patient doivent faire l'objet d'une étude ; puis le déplacement de ces derniers vers les structures de soins doivent être organisés et financés (DU).

Nous proposons la mise en place de navettes, l'adaptation des lignes des transports en commun, des partenariats entre les caisses et les compagnies de taxi et de transports sanitaires. (P)

Pour les visites qu'il restera à faire, nous proposons (P) d'essayer de les confier à d'autres professionnels chaque fois que cela sera possible (exemples : bilan de situation sociale à un travailleur social, bilan d'autonomie à une IDE, voire un kinésithérapeute, voire une aide soignante).

Nous proposons aussi que le(s) véhicule(s) utilisé(s) pour les visites soit un/des véhicule(s) dédié(s) à cet usage (matériel de soins, signalisation), que leur achat soit mutualisé par le regroupement et qu'ils soient indifféremment utilisés par les différents professionnels (IDE, médecin, kinésithérapeute) (P)

5.3.2.4 Le matériel

5.3.2.4.1 Médical

La notion d'excellence de la pratique des UMG oblige à un équipement optimal.

5.3.2.4.1.1 Obligations légales ou recommandations HAS

- la salle d'examen et de soins doit être équipée avec :
 - une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;
 - une poubelle équipée de sac poubelle de couleur différente pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (couleur jaune)
 - une boîte à objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) situé à portée de main du soin ;
 - une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient
 - essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant (après gastro-entérite virale et bronchiolite)
 - Solution hydro-alcoolique
- Des conteneurs à OPCT pour les visites
- Le traitement parentéral du purpura fulminans au cabinet et en visite
- Matériel à usage unique sinon respect des procédés de stérilisation recommandés

5.3.2.4.1.2 Relevant de l'évolution de la discipline et/ou des missions universitaires

- Une pro-pharmacie (intérêt pédagogique, mais aussi pour la prise en charge des urgences vitales et la permanence des soins).
- Tout le matériel permettant de réaliser l'ensemble des gestes techniques des soins primaires, notamment la prise en charge des urgences vitales et la chirurgie mineure (cet aspect relève aussi des missions des généralistes définies dans par la loi).
- Du matériel selon les vacataires intervenant (échographe, podoscope, etc.)

5.3.2.4.1.3 Relevant de notre réflexion

- Solution hydro-alcoolique en visite
- Un défibrillateur au cabinet et dans le véhicule pour faire les visites

5.3.2.4.2 Informatique, télécommunications, multimédia

Relevant d'obligations légales ou de recommandations HAS :

- Un lecteur de carte vitale homologué et une connexion internet sécurisée
- Ordinateur connecté à internet dès que le DMP sera mis en ligne
- Téléphone fixe (continuité des soins) +/- téléphone portable (continuité et permanence des soins)
- Répondeur téléphonique, affichage en salle d'attente et à l'extérieur du cabinet (informations sur la continuité et la permanence des soins)

Relevant de l'évolution de la discipline et/ou des missions universitaires :

- Ordinateur avec un logiciel métier performant, connecté par Internet à un observatoire des pratiques et compatible avec le futur DMP
- Logiciel métier compatible avec la saisie standardisée des données
- Ordinateur à tous les postes de travail (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, administratifs, bureau des stagiaires, etc.), connecté à un réseau interne (intranet) et à Internet
- Logiciel permettant le recueil informatique standardisé des données dans le cadre des recherches (« e-questionnaire »)
- Réseau intranet : partage du dossier patient entre tous les professionnels
- Serveur, disques durs de sauvegarde, alimentation de secours
- Imprimante (ordonnance, documents d'information)
- Traducteur linguistique électronique : pour recherches bibliographiques et publications internationales, utilité possible dans les soins des patients étrangers (P)
- Un espace isolé pour la consultation téléphonique, téléphone doté d'un hautparleur et d'un enregistreur
- Matériel de télé médecine et téléconférence : caméra et micro connectés à un ordinateur relié à Internet
- Matériel d'enregistrement vidéo et audio. Un caméscope sur pied et un dictaphone suffisent (NB : Le caméscope peut être utilisé pour les téléconférences et la télé médecine)
- Matériel de visionnage et d'écoute des enregistrements dans une salle de réunion

Relevant de nos propositions :

- Vidéoprojecteur pour réunion de personnel, conférence, éducation, staff
- PDA pour les visites
- Développement de logiciels permettant la création et la diffusion nationale d'e-questionnaires par l'intermédiaire des logiciels métier (et/ou du futur DMP).
- Bornes informatiques en libre service dans la salle d'attente (consultation DMP, remplissage d'e-questionnaire)

5.3.2.4.3 Divers

Une bibliothèque d'ouvrages destinés aux stagiaires (DU)

Affichage en salle d'attente informant de la présence des stagiaires (DU)

Matériel dédié à l'éducation thérapeutique (DU)

5.3.2.5 Les locaux

Relevant des obligations légales ou recommandations HAS :

- Salles d'examen et de soins
- Pour les employés : vestiaire, 1 lavabo / 10 employés, au moins un WC pour chaque sexe représenté, ventilation mécanisée si volume d'air <15m³/personne
- un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires ; distributeur de savon liquide à pompe avec poche rétractable éjectable ; distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle.
- Au moins deux sorties, alarme anti-incendie, câblage électrique « catégorie C2 », un extincteur par niveau et tous les 300m²
- Normes accès handicapé : rampes, largeur des couloirs et des ouvertures, un WC adapté, place de stationnement adapté et signalée
- Local dédié au stockage des déchets et du matériel d'entretien, si possible équipé d'un évier et d'un vidoir.
- Pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) : revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer.
- Local sécurisé dédié à l'archivage (10 ans minimum) papier des dossiers (patient, recherche)
- Sécurisation des locaux renfermant des ordinateurs qui contiennent des données sur les patients (salle d'examen, local informatique si existant)
- Une salle de réunion pour l'éducation thérapeutique et les réunions du personnel
- +/- salle d'attente (elle n'est citée nulle part comme une obligation, mais elle permet de satisfaire aux obligations de respect du secret professionnel et d'affichage d'informations pour les patients)

Relevant de l'évolution de la discipline et/ou des missions universitaires :

- Maison de santé pluridisciplinaire (voire centre de santé)
- Des salles d'examen et de soins adaptées à la présence de stagiaire (place, configuration)
- Une salle d'examen partagée par les différents vacataires
- Au moins un WC pour le public (ça n'est pas une obligation légale !)
- Une borne d'accueil
- Une salle de secrétariat médical, isolée de l'accueil
- Une salle pour la réalisation des actes techniques (ex : urgence, chirurgie mineure)
- Des logements pour accueillir les remplaçants et les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour le personnel investigateur
- Des logements pour le personnel de garde dont le domicile est trop excentré par rapport au secteur de garde
- Une salle de réunion pouvant servir de bibliothèque, de salle à manger, de salle de détente, de salle dédiée au NTIC et à l'étude des enregistrements vidéo et audio.
- Des espaces dédiés aux travaux administratifs et scientifiques (bureaux dans salle de réunion ou bureaux séparés)
- Local sécurisé pour entreposer le matériel informatique (disques durs de sauvegarde, serveurs, alimentation de secours)
- Espace dédié au stockage du matériel de recherche (cahier d'investigation, documents d'information, médicaments à tester, autre)
- Un parking

Relevant de nos propositions :

- Cuisine pour le personnel, les stagiaires, l'éducation thérapeutique
- Un arrêt de bus à proximité
- Un local dédié à l'accueil des stagiaires et au logement du personnel de garde ; équivalent d'un internat, lieu de vie, de repas et de travail universitaire (bureaux, ordinateur, internet). Ce local pourrait être attaché à la maison de santé et contenir la salle de réunion, la salle de cuisine, la bibliothèque.
- Une salle d'attente vue comme un outil d'information des patients : affichage, vidéos, messages sonores.
- Une salle d'attente séparée pour les enfants (réduire les contaminations en salle d'attente, réduire le stress des enfants et des adultes, diffusions d'informations spécifiques à l'enfance)

5.3.2.6 Situation géographique du cabinet

L'installation des UMG doit s'intégrer dans les schémas régionaux d'organisation des soins définis par les ARS pour deux raisons :

- Amélioration immédiate de la répartition de l'offre de soins (L)
- Phénomène d'« aspiration » des stagiaires vers les zones déficitaires, amélioration secondaire de la répartition de l'offre de soins. (DU)

5.3.2.7 Statut du lieu d'exercice des UMG

Le cadre législatif reste ambigu. Cependant la loi HPST semble avoir ouvert la porte à la possibilité d'une bi-appartenance. (L) Quoiqu'il en soit, un mode de rémunération de la part soins uniquement réservé aux UMG serait de nature à faire pratiquer aux UMG des soins primaires différents du reste de la profession. Il paraît primordial de ne pas provoquer cette scission et de régler cette question dans le cadre d'une réflexion portant sur toute la profession. (DU)

Nous proposons la mise en place d'un nouveau mode de rémunération pour tous les généralistes, avec notamment une mise en minorité du paiement à l'acte, puis contractualisation entre ARS et RPPS pour qu'ils puissent avoir le statut d'établissements de santé publique. Les UMG seront alors bi-appartenants. (P)

5.3.2.8 Organisation du temps de travail

Mi-temps universitaire – mi-temps de soins (proposition basée sur le cadre législatif, l'expérience des CHU, les évolutions de la discipline et les missions universitaires des UMG)

Consultation sur rendez-vous pour la majorité des praticiens de la MDSP (DU, L).

Tous les jours, maintenir un (ou plusieurs) praticien(s) disponibles pour la prise en charge des soins non programmable (L : accès aux soins, prise en charge des urgences vitales)

Ouverture de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi (L), mais

- 8h30-18h30 pour la majorité des praticiens et rotation pour les samedis matins (P : lutte contre le burn-out, attractivité de la médecine générale par rapport aux horaires hospitaliers)
- présence réduite de 8h00 à 8h30 et de 18h30 à 20h00, effectuée par un praticien chaque jour, de même un seul praticien le samedi matin (L, P)

Répartition de la permanence des soins entre les praticiens (DU)

Organisation des emplois du temps afin de permettre aux praticiens de s'absenter sans rompre la continuité de soins (L) pour : le DPC (L), des missions universitaires (L), des réunions (DU), un repos de sécurité les lendemains de garde (P), pour travailler dans d'autres structures de soins (DU). Tout comme au CHU, la présence de stagiaire et de MCU-MG paraît indispensable pour permettre la continuité des soins en l'absence des UMG (P)

Pendant les staffs et autres réunions : un médecin est désigné d'astreinte pour répondre aux éventuelles urgences survenant pendant la réunion (DU, L)

Augmentation du temps total de consultation sans augmentation du temps médical de consultation grâce à la prise en charge pluri-professionnelle. (DU).

Temps réservé à chaque consultation variable selon le motif évoqué au moment de la prise de rendez-vous. Consultation de 15 minutes pour les affections aiguës ; entre 20 et 44 minutes pour les consultations de suivi, de dépistage, de prévention (DU).

Etude du temps effectif de consultation en fonction des motifs évoqués au moment de la prise de rendez-vous ; puis adaptation fine du temps imparti aux rendez-vous aux données fournies par l'étude. (P)

5.3.2.9 Mode de rémunération

Il influence grandement les pratiques. Le paiement à l'acte exclusif n'est pas adapté à la pratique des soins primaires (DU)

La rémunération de la part soins des UMG doit leur permettre de rémunérer ces différents temps de travail :

- Actes techniques (minoritaires dans la pratique) : paiement à l'acte, qui du coup tiendra une place minoritaire (DU)
- Revalorisation de la rémunération des actes de chirurgie mineure afin de pouvoir financer le matériel, le personnel assistant et le temps passé (DU)
- Consultation ou visite de suivi, d'éducation, de dépistage : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU) ou paiement à l'acte en fonction du temps passé avec le patient = « C horaire » (P)
- DPC : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU)
- Consultation, conseil téléphonique : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU), ou rémunération spécifique = « C horaire téléphonique » (P)
- Travail de gestion : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU)
- Travail de paperasse, administratif : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU)
- Réunions (formation, staff, synthèse de dossier, concertation, visiteurs médicaux) : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU)
- Recherche au cabinet : paiement forfaitaire (DU), ou salariat (DU)
- Temps de déplacement : indemnité kilométrique (L), on pourrait préférer une « indemnité de durée » basée sur le temps perdu (1km en plaine étant bien différent de 1km en hypercentre urbain) (P)
- Incitation à la performance : rémunération forfaitaire selon résultats (L, DU)

Le mode de rémunération doit aussi permettre aux UMG de se doter des outils nécessaires à une pratique d'excellence et à l'accomplissement de leurs missions universitaires : locaux, matériel, personnel. Nous proposons : des rémunérations forfaitaires supplémentaires spécifiques pour les

praticiens exerçants dans un groupe pluridisciplinaire, pour ceux recevant des stagiaires et enfin pour ceux dont le lieu d'exercice est le cadre de recherches en soins primaires (P).

Les études, sur cette question de la rémunération, montrent que les solutions les plus adaptées relèvent d'une rémunération composite, comprenant tous ces différents types de rémunération. (DU) Aussi le salariat exclusif ne peut être proposé (DU) en dehors des centres de santé, où il fait office d'unique rémunération possible.

A noter enfin que le mode de rémunération des UMG doit absolument être le même que la majorité des généralistes français. C'est la raison pour laquelle les centres de santé ne pourront être un lieu d'exercice des UMG, que s'ils se diffusent sur tout le territoire et que la majorité des généralistes français peuvent y travailler. (P)

5.3.2.10 La pression judiciaire

Les praticiens doivent disposer d'une RCP pour leur activité de soins. Une clause spécifique doit être ajoutée pour couvrir l'accueil des stagiaires. Enfin, des assurances spécifiques sont à souscrire pour couvrir les activités de recherche. (L)

Tous ces produits doivent pouvoir évoluer en fonction des évolutions des pratiques et de la pression judiciaire (DU)

Nous proposons une couverture des praticiens par l'état dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARS. (P)

Deuxième partie :
Expériences de lieux
d'exercice d'universitaire de
la Médecine

6 DEUXIEME PARTIE : EXPERIENCES DE LIEUX D'EXERCICE D'UNIVERSITAIRES DE LA MEDECINE

6.1 Expérience des CHU en France

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe 3.2.2.5, avant la création des CHU, les universitaires de la médecine française n'exerçaient pas toujours à l'hôpital, et jamais à temps plein. Après la seconde guerre mondiale, les ordonnances « Debré » de 1958 avaient surtout pour vocation d'assurer le développement de la recherche médicale. En effet, le système de formation des étudiants en médecine ne souffrait pas trop la critique. Son état d'esprit et son organisation pratique étaient d'ailleurs assez semblables à ceux de nos jours.

Bien que cette réforme ait porté ses fruits, hissant la médecine française au rang des meilleures mondiales, le modèle des CHU essuie des critiques depuis déjà quelques années (cf. paragraphe 3.2.3.2.2. et le rapport de la Commission Marescaux sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires).

Il faut dire que dès le début des années 1960 le modèle des CHU est attaqué. Il est considéré comme insuffisant pour permettre aux universitaires médicaux d'assurer pleinement leur triple fonction de soins, de recherche et d'enseignement. (147)

Le rapport Marescaux confirme, un demi-siècle plus tard, que cette critique était fondée. Le bilan des CHU montre que, aujourd'hui, ce modèle n'est plus adapté aux missions dévolues aux PU-PH ; surtout en ce qui concerne la recherche biomédicale.

Dans la conceptualisation de la FUMG, le modèle des CHU est donc à copier, mais en faisant bien attention de ne pas répéter les erreurs du modèle initial. Pour cela, il faut s'inspirer des enseignements du rapport Marescaux.

L'expérience des CHU nous enseigne entre autre (cf. paragraphe 3.2.3.2.2) :

- Que la triple fonction doit reposer sur le corps universitaire et non pas sur les individus
- L'intérêt de la pluridisciplinarité dans l'exercice des soins, mais aussi dans la recherche et l'enseignement
- L'intérêt partagé de la présence des étudiants et des chefs de clinique au contact des universitaires titulaires. Cette collaboration est utile à la fois pour assurer une continuité de soins et à la fois pour l'enseignement pratique des soins et des tâches universitaires.
- Que le lien entre le lieu d'exercice des soins et l'université doit être fort. Il doit faire l'objet de contrats de moyens et d'objectifs
- Que les équipes de chercheurs doivent se décloisonner, collaborer à des projets communs afin d'atteindre les tailles critiques nécessaires à une recherche de qualité

6.2 Propositions, projets et expérimentations de lieux d'exercice universitaire en France

6.2.1 Propositions syndicales et de sociétés savantes

6.2.1.1 Propositions des représentants des IMG (ISNAR-IMG)

L'ISNAR-IMG propose en 2004 le SUMGA¹³⁹ (198)

Le SUMGA, maison de santé pluridisciplinaire, regroupe tous les niveaux de la FUMG :

- CCU-MG comme collaborateur,
- MCU-MG installé
- PU-MG installé.

Le chef de clinique est considéré comme une aide à l'accueil des stagiaires mais aussi comme indispensable pour maintenir la continuité des soins en l'absence des universitaires titulaires.

Le SUMGA accueille IMG, externes et stagiaires des autres disciplines.

Le SUMGA passe contrat d'objectif et de moyen avec l'université. Les commissions scientifiques et pédagogiques du DMG pilotent les enseignements pratiques et la recherche au sein de tous les SUMGA d'une région.

6.2.1.2 Proposition des représentants des enseignants (CNGE/SNEMG)

Le SNEMG et le CNGE font une proposition commune en 2006. (151)

Ils proposent le Centre de Médecine Générale (CMG¹⁴⁰), centre de soins où sont organisés l'enseignement public médical de la médecine générale, ainsi que la recherche médicale et les enseignements para-médicaux relatifs à la médecine générale et aux soins primaires.

Le projet n'est pas plus précis en termes d'organisation pratique. Il s'agit surtout d'une étude juridique visant à prouver que le CMG peut être un établissement public de santé. Il passe une convention (calquée sur celle des CHU) avec son UFR de santé et devient alors un CUMG¹⁴¹.

Il s'agissait alors d'obtenir le statut de bi appartenance pour les UMG.

6.2.1.3 Une autre proposition : le rapport IGAS/IGAENR de 2007 sur la FUMG

Ce rapport a déjà été cité plusieurs fois au cours de notre étude. Rien de précis n'est proposé pour l'organisation pratique du volet soins des UMG. (25)

Nous retiendrons surtout que le rapport propose la mono-appartenance, un cadrage des activités de soins et d'enseignement.

¹³⁹ Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

¹⁴⁰ Centre de Médecine Générale

¹⁴¹ Centre Universitaire de Médecine Générale

Contrairement à la vision de l'ISNAR-IMG, il considère que les chefs de clinique n'ont pas vocation à aider au maintien de la continuité de soins. Il remet même en question la fonction du clinicat en médecine générale. Il propose cependant de l'utiliser pour développer la recherche en médecine générale.

Seule recommandation sur la pratique de soins évoquée dans le rapport : il est préconisé que le chef de clinique exerce dans un cabinet de groupe (sans précision supplémentaire)

6.2.2 Un projet en Languedoc Roussillon

6.2.2.1 Généralités

Vous trouverez en annexe 1 et 2, deux documents expliquant assez précisément le projet. (199) (200)

C'est le Dr Michel Amouyal qui en est le principal porteur. Il est maître de conférences associé de médecine générale à la faculté de Montpellier. Il est par ailleurs Président du collège régional des généralistes enseignant de la région Languedoc Roussillon (structure adhérente au CNGE).

Il s'agit d'un projet de réseau régional de pôles de santé universitaires constituant une entité structurée dénommé le centre universitaire de médecine générale (CUMG¹⁴²) régional.

Cette entité assume la triple fonction de soins, de recherche et d'enseignement.

A noter l'importance donnée à l'accomplissement de missions de santé publique. Outre l'intérêt indéniable pour la santé des populations, il s'agit aussi d'obtenir le statut d'établissement de santé publique et donc la bi-appartenance pour les UMG.

6.2.2.2 Points importants du projet

Nous retenons tout d'abord la proposition d'un nouveau concept de la pratique de la médecine générale. L'exercice isolé est exclu. Les soins primaires sont alors « dispensés » par des UE BMG¹⁴³ composées d'un médecin et un assistant médical +/- IDE +/- secrétaire médicale.

Cette nouvelle organisation nécessite à la fois l'aménagement des locaux, la redéfinition des différents métiers avec notamment la création du métier d'assistant médical, une réorganisation des transferts de tâche et des collaborations, et une réflexion sur l'organisation temporelle du travail. A noter que la pluridisciplinarité proposée ne dépasse pas les quatre professions évoquées ci-dessus.

Chaque membre de l'UE BMG a des tâches dévolues :

- **Secrétaires spécialisées :**
 - Accueil/Standardistes
 - Comptables

- **IDE :**
 - Pour des actes techniques (biométrie, vaccinations, suivi tensionnel, frottis cervical, ECG)
 - Pour des actes d'éducation individuelle (diabète, asthme) ou collective (hygiène, diététique)

¹⁴² Centre Universitaire de Médecine Générale

¹⁴³ Unité Effectrice de Base de Médecine Générale

- **Assistant médical** (niveau d'études : qualification en Santé Publique issue de l'enseignement supérieur) :
 - Activité administrative de secrétariat médical
 - Recueil de la biométrie pendant la consultation
 - Participation à l'activité de prévention
- Recherche et convocation de patients
 - pour des consultations individuelles structurées
 - Pour des séances collectives d'éducation
- Aide à la transmission des messages individualisés ou collectifs (conseils, consignes)

Les locaux sont adaptés pour disposer de lieux dédiés à :

- administration
- consultations
- soins
- éducation des patients
- enseignement

Le temps est organisé pour avoir des plages horaires dédiées à :

- administration
- consultations et soins
- consultations par téléphone
- éducation des patients
- enseignement

L'activité est organisée de manière à permettre :

- activité en lieux multiples
- activités déportées (en zones rurales isolées)
- activité à temps partiel
- activité mixte (salariée et libérale)
- transfert de tâches

Les regroupements s'effectuent à **différentes tailles (cf. figure 24)** :

- Le **CMGA**¹⁴⁴ : cabinet de groupe avec assistant médicaux (+/- IDE +/- secrétaire médicale) et au moins un généraliste attaché d'enseignement ou maître de stage. Une salle est dédiée à l'enseignement et à l'éducation. Plusieurs CMGA passent convention avec à une MMU¹⁴⁵.
- La **MMU** : maison de santé avec tous les professionnels évoqués ci-dessus, dont au moins un universitaire titulaire et un CCU-MG. Accueil de tous les stagiaires (externe, IMG en stage praticien, SASPAS).

¹⁴⁴ Cabinet de Médecine Générale Associé

¹⁴⁵ Maison Médical Universitaire

- Plusieurs CMGA + une MMU forment une « unité effectrice » du CUMG. Il s'agit en fait d'un pôle de santé universitaire.
- L'ensemble des pôles de santé universitaires de la région sont répartis de manière à former un maillage cohérent et équitable de la région (figure 24). Le réseau ainsi formé consiste en une entité régionale : le CUMG. C'est le DMG qui assure le pilotage régional des missions universitaires.

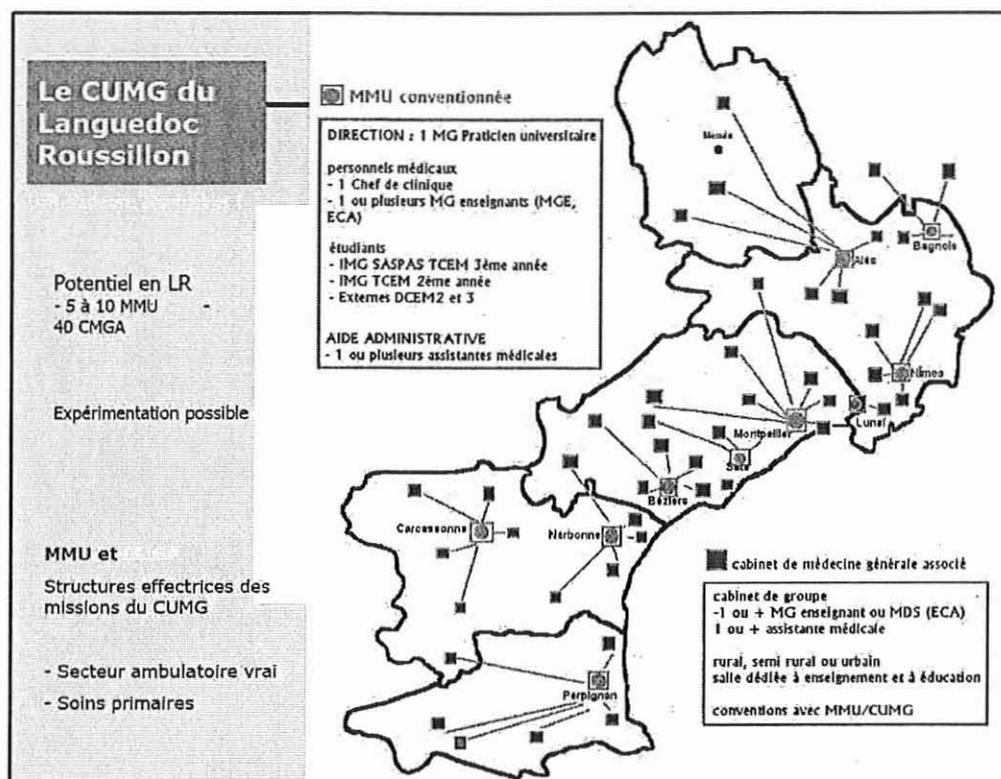


Figure 23 : Projet de CUMG de Languedoc Roussillon - Source : diaporama de présentation du projet (annexe 1)

Ce projet pourrait prendre forme avec comme prévision la mise en place de la première MMU au cours du premier trimestre 2010. Il s'agira d'une maison de santé située dans l'enceinte du CHU de Nîmes.

6.3 Synthèse des différentes expériences, propositions et projets

Il ressort de cette étude les points suivants :

- La pluridisciplinarité est véritablement indispensable pour la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Le projet de CUMG en Languedoc Roussillon rappelle qu'il y a plusieurs niveaux à la pluridisciplinarité. Le noyau dur de cette dernière doit être composé du médecin et de professionnels permettant des transferts simples et efficaces des tâches (assistant médical, secrétaire, IDE).
- Le transfert de tâche vers des professions assistant le médecin est primordial. La création d'un nouveau métier, l'assistant médical, semble répondre à un véritable besoin.
- Les liens unissant le lieu d'exercice des UMG à l'université doivent être forts. Les missions universitaires des UMG au sein des UMG doivent faire l'objet d'un pilotage par des instances universitaires. Les DMG sont les plus à même d'assurer ce pilotage.
- La mise en réseaux des lieux d'exercice est indispensable à la réalisation des missions de recherche mais aussi d'enseignement. Un pilotage régional de ces missions par le DMG est nécessaire.
- Outre son intérêt pour leur formation aux missions universitaires, l'exercice des CCU-MG au contact des UMG titulaires paraît indispensable à l'organisation du lieu de travail des UMG. Les CCU-MG peuvent jouer un rôle majeur d'assistance aux UMG titulaires dans l'accomplissement de leurs tâches universitaires au cabinet et en dehors du cabinet (continuité des soins en l'absence des UMG titulaires).
- La bi-appartenance est une revendication forte de la profession. La pratique des soins primaires est compatible avec l'accomplissement des missions de santé publique. La possibilité de donner le statut d'établissement de santé public à certains lieux d'exercice de la médecine générale doit être étudiée à nouveau. Son obtention paraît légitime et préférable (unité de tous les universitaires de la médecine).
- Enfin, le lieu d'exercice des UMG ne doit pas être trop « éloigné » de celui de leurs confrères non-universitaires. Cet élément est important concernant la question des centres de santé. Ainsi, même si ces derniers apparaissent comme un lieu propice à la triple mission des UMG, la proportion des UMG exerçant en centre de santé devra être la même que la proportion des généralistes non universitaires y travaillant.

Troisième partie :
Synthèse et discussion

7 TROISIEME PARTIE : SYNTHESE ET DISCUSSION

7.1 Proposition de critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des UMG

7.1.1 Introduction

Dans la première partie nous avons tâché d'établir les besoins structurels et organisationnels des universitaires de la médecine générale en se basant sur l'évolution prévisible de la médecine générale en France et sur les missions universitaires que les UMG allaient devoir remplir.

A la lumière des expériences françaises et étrangères, nous allons reformuler les propositions de la première partie en les adaptant et en les regroupant en 3 types, ou niveaux, de proposition. Il s'agit de faire un parallèle avec le niveau de preuve des études.

- **Le premier niveau** relève de ce qui apparaît comme imposé par le cadre réglementaire (lois, recommandation HAS). Il s'agirait d'un niveau de preuve élevé dont les conclusions doivent être utilisées pour poser le cadre minimal de l'exercice des UMG. Il paraîtrait logique que la rédaction des décrets et arrêtés d'application portant sur la part soins des UMG s'en inspirent.
- **Le deuxième niveau** relève de ce qui apparaît comme incontournable du fait de l'évolution de la discipline, de l'évolution du système de soins, et des missions universitaires qui incombent aux UMG (qui ont vocation à exercer une pratique d'excellence). Ces conclusions représentent ce vers quoi devrait tendre tout lieu d'exercice d'UMG en France, sans qu'aucune des propositions ne soit opposable légalement ; il s'agit plus d'une opposabilité déontologique, scientifique.
- **Le troisième et dernier niveau** relève de notre réflexion. Aux vues de tous les éléments étudiés lors de ce travail, certaines propositions nous paraissent pertinentes à formuler. Ces propositions invitent surtout à la réflexion.

7.1.2 Propositions

7.1.2.1 *Le cadre réglementaire minimal auquel devra répondre le lieu d'exercice des UMG*

7.1.2.1.1 Exercice en groupe avec professionnels assistant le médecin

Comme nous l'avons vu, le cadre réglementaire de l'exercice des UMG rend :

- Obligatoire la continuité des soins
- Obligatoire l'accueil de stagiaire
- Obligatoire l'apprentissage de la pluridisciplinarité aux stagiaires
- Quasi obligatoire l'embauche d'un personnel d'entretien
- Quasi obligatoire la collaboration avec un professionnel assistant le médecin pour les tâches non médicales.

Pour que l'UMG puisse s'absenter la moitié du temps (mi-temps universitaire minimum) de son cabinet, il faut qu'au moins un généraliste maître de stage (MDS¹⁴⁶) soit présent pour encadrer le(s) stagiaire(s) et pour assurer la continuité de soins. Il faut donc que l'UMG soit associé avec un autre généraliste détenteur de la maîtrise de stage (maître de stage, CCU-MG, autre UMG). Cette collaboration peut se faire dans les mêmes murs (cabinet de groupe) ou de manière virtuelle (pôle de santé).

Pour que l'apprentissage pratique de la pluridisciplinarité soit possible, il faut que l'UMG travaille de manière formalisée et quotidienne avec d'autres professionnels. Seuls la maison de santé pluridisciplinaire et le pôle de santé permettent cela.

Nous proposons donc la MDSP ou le pôle de santé regroupant :

- Un 1 UMG + 1 MDS ou 1 UMG + 1 CCMU ou 2 UMG
- Un personnel assurant l'entretien dans tous les lieux d'exercice
- Un professionnel assistant les médecins : secrétaire médicale ou assistant médical si le métier est créé
- Collaborations formalisées avec d'autres professionnels du champ des soins primaire ; soit au sein de la MDSP, soit au sein d'un pôle de santé.

7.1.2.1.2 Mobilité des patients et des médecins

La visite est une obligation pour les patients ne pouvant se rendre au cabinet ; pendant la continuité des soins et la permanence des soins.

Nous proposons : un véhicule (sans particularité) pour effectuer les visites

¹⁴⁶ Maître De Stage

7.1.2.1.3 Le matériel

7.1.2.1.3.1 Médical

Les obligations sont :

- Une salle d'examen et de soins équipée avec :
 - une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;
 - une poubelle équipée de sac poubelle de couleur jaune pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux ;
 - une boîte à objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) située à portée de main du soin ;
 - une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient
 - essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant (après gastro-entérite virale et bronchiolite)
- Solution hydro-alcoolique
- Des conteneurs à OPCT pour les visites
- Le traitement parentéral du purpura fulminans au cabinet et en visite
- Matériel à usage unique sinon respect des procédés de stérilisation recommandés

7.1.2.1.3.2 Informatique, télécommunications, multimédia

Les obligations sont :

- Un lecteur de carte vitale homologué et une connexion internet sécurisée
- Ordinateur connecté à internet dès que le DMP sera mis en ligne
- Téléphone fixe (continuité des soins) +/- téléphone portable (continuité et permanence des soins)
- Répondeur téléphonique, affichage en salle d'attente et à l'extérieur du cabinet (informations sur la continuité et la permanence des soins)

7.1.2.1.4 Les locaux

Les obligations sont :

- Salle d'examen et de soins
- Pour les employés : vestiaire, 1 lavabo / 10 employés, au moins un WC pour chaque sexe représenté, ventilation mécanisée si volume d'air <15m³/personne
- un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires ; distributeur de savon liquide à pompe avec poche rétractable éjectable ; distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle.
- Au moins deux sorties, alarme anti-incendie, câblage électrique « catégorie C2 », un extincteur par niveau et tous les 300m²
- Normes accès handicapé : rampes, largeur des couloirs et des ouvertures, un WC adapté, une place de stationnement adaptée et signalée
- Local dédié au stockage des déchets et du matériel d'entretien, si possible équipé d'un évier et d'un vidoir.

- Pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) : revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer.
- Local sécurisé dédié à l'archivage papier (dossier patient, dossier recherche)
- Sécurisation des locaux renfermant des ordinateurs qui contiennent des données sur les patients (salle d'examens, local informatique si existant)
- +/- une salle de réunion pour l'éducation (l'éducation fait partie des missions législatives de la médecine générale et la HAS recommande des réunions collectives pour l'éducation thérapeutique)
- +/- une salle d'attente (elle n'est citée nulle part comme une obligation, mais elle permet de satisfaire aux obligations de respect du secret professionnel et d'affichage d'informations pour les patients)
- +/- un WC pour les patients (aucune obligation légale, mais quand même...)

7.1.2.1.5 Statut du lieu d'exercice des UMG

Attente de la publication des décrets et arrêtés d'application concernant la part soins des UMG

7.1.2.1.6 Organisation du temps de travail

La répartition entre le temps universitaire et le temps de soins est liée au statut du lieu d'exercice, aussi nous devons attendre la parution du cadre législatif de la part soins.

Les obligations légales relatives à l'organisation du temps de travail sont :

- Minimum mi-temps universitaire + une pratique de la médecine générale en ambulatoire
- Continuité des soins de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h00 à 12h00
- Le travail sur rendez-vous est recommandé pour des impératifs d'hygiène
- Prise en charge des soins non programmables
- Seniorisation permanente sur place des externes et des IMG en « stage chez le praticien »

Nous proposons :

- Attente de la publication des décrets et arrêtés d'application concernant la part soins des UMG
- Mi-temps universitaire minimum
- Mi-temps de médecine générale en ambulatoire maximum
- Continuité des soins de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h00 à 12h00
- Consultation majoritairement sur RDV avec plage horaire pour prendre en charge les soins non programmables
- Organisation des emplois du temps des praticiens du regroupement pour assurer une seniorisation permanente sur place des externes et des IMG en « stage »

7.1.2.1.7 Mode de rémunération de la part soins

Cadre réglementaire actuel :

- Paiement à l'acte selon convention entre UNCAM et représentation de la profession
- Rémunération forfaitaire : patient en ALD, permanence des soins, contrats de bonne pratique, contrat de santé publique, contrat de surveillance de cure thermale
- Rémunération à la performance : CAPI

7.1.2.1.8 La pression judiciaire

Les obligations sont :

- RCP pour l'activité de soins
- Une clause spécifique doit être ajoutée à la RCP pour couvrir l'accueil des stagiaires
- Assurances spécifiques pour couvrir les activités de recherche

7.1.2.1.9 Synthèse du cadre réglementaire minimal

Cadre minimal : MDSP ou le pôle de santé

Un 1 UMG + 1 MDS ou 1 UMG + 1 CCMU ou 2 UMG

Un personnel assurant l'entretien dans tous les lieux d'exercice

Un professionnel assistant les médecins : secrétaire médicale ou assistant médical si le métier est créé

Collaborations formalisées avec d'autres professionnels du champ des soins primaires ; soit au sein de la MDSP, soit au sein d'un pôle de santé.

Des salles d'examen et de soins équipées avec :

- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;
- une poubelle équipée de sac poubelle de couleur jaune pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux
- une boîte à objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) située à portée de main du soin ;
- une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient
- essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant (après gastro-entérite virale et bronchiolite)

Solution hydro-alcoolique au cabinet et en visite, des conteneurs à OPCT pour les visites, traitement parentéral du purpura fulminans au cabinet et en visite, un véhicule (sans particularité) pour effectuer les visites

Matériel à usage unique sinon respect des procédés de stérilisation recommandés

Un lecteur de carte vitale homologué et une connexion internet sécurisée

Ordinateur connecté à Internet dès que le DMP sera mis en ligne

Téléphone fixe (continuité des soins) +/- téléphone portable (continuité et permanence des soins)

Répondeur téléphonique, affichage en salle d'attente et à l'extérieur du cabinet (Informations sur la continuité et la permanence des soins)

Les locaux :

- Salle d'examen et de soins
- Pour les employés : vestiaire, 1 lavabo / 10 employés, au moins un WC pour chaque sexe représenté, ventilation mécanisée si volume d'air <15m3/personne
- un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires ; distributeur de savon liquide à pompe avec poche rétractable éjectable ; distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle.
- Au moins deux sorties, alarme anti-incendie, câblage électrique « catégorie C2 », un extincteur par niveau et tous les 300m²
- Normes accès handicapé : rampes, largeur des couloirs et des ouvertures, un WC adapté, une place de stationnement adaptée et signalée
- Local dédié au stockage des déchets et du matériel d'entretien, si possible équipé d'un évier et d'un vidoir.
- Pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) : revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer.
- Local sécurisé dédié à l'archivage papier (dossier patient, dossier recherche)
- Sécurisation des locaux renfermant des ordinateurs qui contiennent des données sur les patients (salle d'examen, local informatique si existant)
- +/- une salle de réunion pour l'éducation (l'éducation fait partie des missions législative de la médecine générale et la HAS recommande des réunions collective pour l'éducation thérapeutique)
- +/- une salle d'attente (elle n'est citée nulle part comme une obligation, mais elle permet de satisfaire aux obligations de respect du secret professionnel et d'affichage d'informations pour les patients)
- +/- un WC pour les patients (aucune obligation légale, mais quand même...)

Attente de la publication des décrets et arrêtés d'application concernant la part soins des UMG

Mi-temps universitaire minimum

Mi-temps de médecine générale en ambulatoire maximum

Continuité des soins de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h00 à 12h00

Consultation majoritairement sur RDV avec plage horaire pour prendre en charge les soins non programmables

Organisation des emplois du temps des praticiens du regroupement pour assurer une seniorisation permanente sur place des externes et des IMG en « stage chez le praticien »

Paiement à l'acte selon convention entre UNCAM et représentation de la profession

Rémunération forfaitaire : patient en ALD, permanence des soins, contrats de bonne pratique, contrat de santé publique, contrat de surveillance de cure thermique

Rémunération à la performance : CAPI

RCP pour l'activité de soins

Une clause spécifique doit être ajoutée à la RCP pour couvrir l'accueil des stagiaires

Assurances spécifiques pour couvrir les activités de recherche

7.1.2.2 Compléments indispensables au cadre minimal légal

7.1.2.2.1 Introduction

Le cadre défini ci-dessus représente la base législative minimale. Elle permet aux UMG d'exercer en toute légalité.

Cependant notre travail montre qu'elle est largement insuffisante pour :

- la pratique d'une médecine générale d'excellence, seule pratique possible pour les UMG.
- suivre les évolutions prévisibles du métier de médecin généraliste
- répondre aux défis démographiques
- permettre le développement d'une recherche pluridisciplinaire en soins primaires
- permettre une formation pratique de qualité pour les stagiaires et les CCU-MG

Aussi, des compléments à ce cadre minimal sont indispensables aux UMG.

7.1.2.2.2 Une équipe pluridisciplinaire regroupée dans l'espace

La maison de santé pluridisciplinaire est le modèle le plus adapté. Les centres de santé sont une option envisageable, sous réserve qu'ils participent à la permanence des soins et qu'ils se développent à travers le pays.

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Regroupement des professionnels dans une MSDP (centre de santé possible, mais dans les mêmes proportions que le reste de la profession)
- Un *manager* : dans le cadre d'un RPPS rassemblant un grand nombre de professionnels et de stagiaires, l'ensemble des obligations légales liées à la gestion des ressources matérielles et financières le rendent quasiment indispensable

Présence en permanence nécessaire :

- Création de l'assistant médical
- IDE
- Kinésithérapeute
- Pharmacien
- CCU-MG en tant que collaborateur libéral ou salarié
- Stagiaires étudiants en médecine : externe, IMG en stage chez le praticien ou en SASPAS

Présence plus ou moins fréquente :

- Autres spécialistes vacataires, par ordre d'importance : cardiologue, gastro-entérologue, rhumatologues
- Chirurgiens dentistes
- Psychologue
- Travailleurs sociaux
- Orthophonistes
- Sages femmes
- Diététiciens
- Professionnels dédiés à l'assistance à la recherche : personnels détachés des laboratoires, autres (création des métiers équivalent au *Study nurses* et aux *Mentors* anglais pour l'assistance à la coordination et au recueil des données de la recherche en soins primaires)
- Toutes les professions utiles dans la mesure où cela répond de manière efficace à un besoin en santé : podologue, orthoptiste, ophtalmologiste...

7.1.2.2.3 Mobilité des patients et des médecins

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Réduction maximale des visites effectuées par le médecin
- Transfert des visites d'ordre social ou paramédical vers d'autres professionnels (IDE, aides-soignants, kiné, travailleurs sociaux)
- Définition des critères médicaux de mobilisation des patients
- Organisation et financement des trajets vers le lieu des soins pour les patients considérés comme mobilisables mais dépourvus de moyen de transport.
- Collaboration avec les transports en commun (adaptation des lignes, navettes), les compagnies de taxi et les transports sanitaires

7.1.2.2.4 Le matériel

7.1.2.2.4.1 Médical

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Une pro-pharmacie (intérêt pédagogique, mais aussi pour la prise en charge des urgences vitales et la permanence des soins).
- Tout le matériel permettant de réaliser l'ensemble des gestes techniques des soins primaires, notamment la prise en charge des urgences vitales et la chirurgie mineure.
- Un défibrillateur semi-automatique
- Du matériel selon les vacataires intervenant (échographe, podoscope, etc.)

7.1.2.2.4.2 Informatique, télécommunications, multimédia

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Ordinateur avec un logiciel métier performant, connecté par Internet à un observatoire des pratiques et compatible avec le futur DMP
- Logiciel métier compatible avec la saisie standardisée des données
- Ordinateur à tous les postes de travail (médecin, paramédicaux, travailleurs sociaux, administratifs, bureau des stagiaires, etc.), connecté à un réseau interne (intranet) et à Internet
- Logiciel permettant le recueil informatique standardisé des données dans le cadre des recherches (« e-questionnaire »)
- Réseau intranet : partage du dossier patient entre tous les professionnels
- Serveur, disques durs de sauvegarde, alimentation de secours
- Imprimante (ordonnance, documents d'information)
- Traducteur linguistique électronique : pour recherches bibliographiques et publications internationales, utilité possible dans les soins des patients étrangers
- Un espace isolé pour la consultation téléphonique, téléphone doté d'un hautparleur et d'un enregistreur
- Matériel de télé médecine et téléconférence : caméra et micro connectés à un ordinateur relié à Internet
- Matériel d'enregistrement vidéo et audio. Un caméscope sur pied et un dictaphone suffisent (NB : Le caméscope peut être utilisé pour les téléconférences et la télé médecine)
- Matériel de visionnage et d'écoute des enregistrements dans une salle de réunion

7.1.2.2.3 Divers

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Une bibliothèque d'ouvrages destinés aux stagiaires
- Affichage en salle d'attente informant de la présence des stagiaires
- Du matériel dédié à l'éducation thérapeutique

7.1.2.2.5 Les locaux

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Des salles d'exams et de soins adaptées à la présence de stagiaire (place, configuration)
- Une salle d'exams partagée par les différents vacataires
- Une borne d'accueil
- Une salle de secrétariat médical, isolée de l'accueil
- Une salle pour la réalisation des actes techniques (ex : urgence, chirurgie mineure)
- Des logements pour accueillir les remplaçants et les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour le personnel investigateur des recherches
- Des logements pour le personnel de garde dont le domicile est trop excentré par rapport au secteur de garde
- Une salle de réunion pouvant servir de bibliothèque, de salle à manger, de salle de détente, de salle dédiée au NTIC et à l'étude des enregistrements vidéo et audio.
- Des espaces dédiés aux travaux administratifs et scientifiques (bureaux dans salle de réunion ou bureaux séparés)
- Local sécurisé pour entreposer le matériel informatique (disques durs de sauvegarde, serveurs, alimentation de secours)
- Espace dédié au stockage du matériel de recherche (cahier d'investigation, documents d'information, médicaments à tester, autre)
- Un parking
- Un arrêt de bus à proximité

7.1.2.2.6 Situation géographique du cabinet

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- L'installation des UMG doit s'intégrer dans les schémas régionaux d'organisation des soins définis par les ARS

7.1.2.2.7 Statut du lieu d'exercice des UMG

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS afin d'assurer des missions de santé publique et ainsi bénéficier du statut d'établissement de santé public (bi-appartenance)

7.1.2.2.8 Organisation du temps de travail

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

- Mi-temps universitaire – mi-temps de soins
- 8h30-18h30 pour la majorité des praticiens
- Présence d'effectifs réduits de 8h00 à 8h30 et de 18h30 à 20h00
- Rotation pour les samedis matins
- Rotation pour la permanence des soins
- Rotation pour qu'en permanence un praticien soit disponible pour la gestion de soins non programmables
- Organisation des emplois du temps afin de permettre aux praticiens de s'absenter sans rompre la continuité de soins pour : le DPC, des missions universitaires, des réunions, pour travailler dans d'autres structures de soins.
- Augmentation du temps total de consultation, sans augmentation du temps médical de consultation, grâce à la prise en charge pluri-professionnelle
- Temps réservé à chaque consultation variable selon le motif évoqué au moment de la prise de rendez-vous (15 minutes pour les affections aiguës ; entre 20 et 44 minutes pour les consultations de suivi, de dépistage, de prévention)

7.1.2.2.9 Mode de rémunération de la part soins

Nous proposons d'ajouter au cadre de base :

Mise en minorité du paiement à l'acte et développement d'une rémunération multimodale adaptée aux différentes missions :

- Actes techniques : paiement à l'acte (revalorisation de la rémunération des actes de chirurgie mineure afin de pouvoir financer le matériel, le personnel assistant et le temps passé)
- Consultation ou visite de suivi, d'éducation, de dépistage : paiement forfaitaire ou salariat
- DPC : paiement forfaitaire ou salariat
- Consultation, conseil téléphonique : paiement forfaitaire ou salariat
- Travail de gestion : paiement forfaitaire ou salariat
- Travail de paperasse, administratif : paiement forfaitaire ou salariat
- Réunions (formation, staff, synthèse de dossier, concertation, visiteurs médicaux) : paiement forfaitaire ou salariat
- Recherche au cabinet : paiement forfaitaire ou salariat
- Temps de déplacement : indemnité kilométrique
- Incitation à la performance : rémunération forfaitaire selon résultats
- Exercice en groupe pluridisciplinaire : paiement forfaitaire ou salariat
- Aménagement des locaux pour l'accueil de stagiaire : prise en charge des aménagements par l'ARS, paiement forfaitaire ou salariat
- Recherches en soins primaires : paiement forfaitaire ou salariat

Le salariat unique n'est pas adapté. Le mode de rémunération des UMG doit être le même que leurs confrères non universitaires. C'est la raison pour laquelle les centres de santé, où la rémunération est exclusivement salariale, ne peuvent être le lieu d'exercice des UMG que dans les mêmes proportions que celles du reste de la profession.

7.1.2.3 Des pistes de réflexion

7.1.2.3.1 La composition de l'équipe pluridisciplinaire

Suggestions :

- La collaboration avec : hygiéniste, informaticien, comptable. Cela apparaît comme indispensable.
- Stagiaires des autres professions (actuellement possible) : secrétaire, informaticien
- Accueil de stagiaire pas encore prévu par la loi : stage d'initiation aux soins de début de PCEM2, internes des autres DES, stagiaires de toutes les professions représentées au sein de la MSDP (IDE, pharmacien, kinésithérapeute, etc.)

7.1.2.3.2 Mobilité des patients et des médecins

Suggestions :

- Véhicule(s) modifié(s) pour les visites (matériel de soins, signalisation)
- Achat du(des) véhicule par la MDSP.
- Véhicule(s) partagé(s) par les différents professionnels (IDE, médecin, kinésithérapeute)

7.1.2.3.3 Le matériel informatique, télécommunications, multimédia

Suggestions :

- Vidéoprojecteur pour réunion de personnel, conférence, éducation, staff
- PDA pour les visites
- Développement de logiciel permettant la création et la diffusion nationale d'e-questionnaires par l'intermédiaire des logiciels métier (et/ou du futur DMP).
- Bornes informatiques en libre service dans la salle d'attente (consultation DMP, remplissage d'e-questionnaire)

7.1.2.3.4 Les locaux

Suggestions :

- Cuisine pour le personnel, les stagiaires, l'éducation thérapeutique
- Un local dédié à l'accueil des stagiaires et au logement du personnel de garde ; équivalent d'un internat, lieu de vie, de repas et de travail universitaire (bureaux, ordinateur, internet). Ce local pourrait être attaché à la maison de santé et contenir la salle de réunion, la salle de cuisine, la bibliothèque.
- Une salle d'attente vue comme un outil d'information des patients : affichage, vidéos, messages sonores, bornes informatiques
- Une salle d'attente séparée pour les enfants (réduire les contaminations en salle d'attente, réduire le stress des enfants et des adultes, diffusions d'informations spécifiques à l'enfance)

7.1.2.3.5 Organisation du temps de travail

Suggestions :

- L'institution d'un repos de sécurité les lendemains de garde. Ce temps est utilisé à des tâches non médicales.
- Etude statistique du temps effectif de consultation en fonction des motifs évoqués au moment de la prise de rendez-vous ; puis adaptation fine du temps imparti aux rendez-vous grâce aux données fournies par l'étude.

7.1.2.3.6 Mode de rémunération de la part soins

Suggestions :

- Repos de sécurité les lendemains de garde : forfait ou salariat.

7.1.2.3.7 La pression judiciaire

Suggestions :

- couverture des praticiens par l'état dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARS

7.1.2.4 Synthèse des propositions

7.1.2.4.1 L'équipe professionnelle et le type de regroupement

Cadre réglementaire de base

- Aux moins deux praticiens (1 UMG + 1 MDS ou 1 UMG + 1 CCMU ou 2 UMG) intégrés à une équipe pluridisciplinaire au sein d'un pôle de santé ou d'une MDSP.
- Un personnel assurant l'entretien dans tous les lieux d'exercice
- Un professionnel assistant les médecins : secrétaire médicale ou assistant médical si le métier est créé

Compléments indispensables

- Regroupement des professionnels dans une MDSP (centre de santé possible, mais dans les mêmes proportions que le reste de la profession)
- Un *manager* : dans le cadre d'un RPPS rassemblant un grand nombre de professionnels et de stagiaires, l'ensemble des obligations légales liées à la gestion des ressources matérielles et financières le rendent indispensable.

Présence en permanence nécessaire :

- Création de l'assistant médical
- IDE
- Kinésithérapeute
- Pharmacien
- CCU-MG en tant que collaborateur libéral ou salarié
- Stagiaires étudiants en médecine : externe, IMG en stage chez le praticien ou en SASPAS

Présence plus ou moins fréquente :

- Autres spécialistes vacataires, par ordre d'importance : cardiologue, gastro-entérologue, rhumatologues
- Chirurgiens dentistes
- Psychologue
- Travailleurs sociaux
- Orthophonistes
- Sages femmes
- Diététiciens
- Professionnels dédiés à l'assistance à la recherche : personnels détachés des laboratoires, autres (création des métiers équivalent au Study nurses et aux Mentors anglais pour l'assistance à la coordination et au recueil des données de la recherche en soins primaire)

Suggestions

- La collaboration avec : hygiéniste, informaticien, comptable. Cela apparaît comme indispensable.
- Stagiaires des autres professions (actuellement possible) : secrétaire, informaticien
- Accueil de stagiaire pas encore prévu par la loi : stage d'initiation aux soins de début de PCEM2, internes des autres DES, stagiaires de toutes les professions représentée au sein de la MDSP (IDE, pharmacien, kinésithérapeute, etc)

7.1.2.4.2 Mobilité des patients et des médecins

Cadre réglementaire de base
<ul style="list-style-type: none">• Un véhicule (sans particularité) pour effectuer les visites
Compléments indispensables
<ul style="list-style-type: none">• Réduction maximale des visites effectuées par le médecin• Transfert des visites d'ordre social ou paramédical vers d'autres professionnels (IDE, aides-soignants, kiné, travailleurs sociaux)• Définition des critères médicaux de mobilisation des patients• Organisation et financement des trajets vers le lieu des soins pour les patients considérés comme mobilisables mais dépourvus de moyen de transport.• Collaboration avec les transports en commun (adaptation des lignes, navettes), les compagnies de taxi et les transports sanitaires
Suggestions
<ul style="list-style-type: none">• Véhicule(s) modifié(s) pour les visites (matériel de soins, signalisation)• Achat du(des) véhicule par la MDSP• Véhicule(s) partagé(s) par les différents professionnels (IDE, médecin, kinésithérapeute)

7.1.2.4.3 Le matériel

7.1.2.4.3.1 Médical

Cadre réglementaire de base
<ul style="list-style-type: none">• Une salle d'examen et de soins équipée avec :<ul style="list-style-type: none">- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;- une poubelle équipée de sac poubelle de couleur jaune pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux- une boîte à objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) située à portée de main du soin ;- une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient- essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant (après gastro-entérite virale et bronchiolite)• Solution hydro-alcoolique• Des conteneurs à OPCT pour les visites• Le traitement parentéral du purpura fulminans au cabinet et en visite• Matériel à usage unique sinon respect des procédés de stérilisation recommandés
Compléments indispensables
<ul style="list-style-type: none">• Une pro-pharmacie (intérêt pédagogique, mais aussi pour la prise en charge des urgences vitales et la permanence des soins).• Tout le matériel permettant de réaliser l'ensemble des gestes techniques des soins primaires, notamment la prise en charge des urgences vitales et la chirurgie mineure.• Un défibrillateur semi-automatique• Du matériel selon les vacataires intervenant (échographe, podoscope, etc.)
Suggestions : aucune

7.1.2.4.3.2 Informatique, télécommunications, multimédia

Cadre réglementaire de base

- Un lecteur de carte vitale homologué et une connexion internet sécurisée
- Ordinateur connecté à internet dès que le DMP sera mis en ligne
- Téléphone fixe (continuité des soins) +/- téléphone portable (continuité et permanence des soins)
- Répondeur téléphonique, affichage en salle d'attente et à l'extérieur du cabinet (informations sur la continuité et la permanence des soins)

Compléments indispensables

- Ordinateur avec un logiciel métier performant, connecté par Internet à un observatoire des pratiques et compatible avec le futur DMP
- Logiciel métier compatible avec la saisie standardisée des données
- Ordinateur à tous les postes de travail (médecin, paramédicaux, travailleurs sociaux, administratifs, bureau des stagiaires, etc.), connecté à un réseau interne (intranet) et à Internet
- Logiciel permettant le recueil informatique standardisé des données dans le cadre des recherches (« e-questionnaire »)
- Réseau intranet : partage du dossier patient entre tous les professionnels
- Serveur, disques durs de sauvegarde, alimentation de secours
- Imprimante (ordonnance, documents d'information)
- Traducteur linguistique électronique : pour recherches bibliographiques et publications internationales, utilité possible dans les soins des patients étrangers
- Un espace isolé pour la consultation téléphonique, téléphone doté d'un hautparleur et d'un enregistreur
- Matériel de télémedecine et téléconférence : caméra et micro connectés à un ordinateur relié à Internet

Suggestions

- Vidéoprojecteur pour réunion de personnel, conférence, éducation, staff
- PDA pour les visites
- Développement de logiciel permettant la création et la diffusion nationale d'e-questionnaires par l'intermédiaire des logiciels métier (et/ou du futur DMP).
- Bornes informatiques en libre service dans la salle d'attente (consultation DMP, remplissage d'e-questionnaire)

7.1.2.4.3.3 Divers

Cadre réglementaire de base : aucun

Compléments indispensables

- Une bibliothèque d'ouvrages destinés aux stagiaires
- Affichage en salle d'attente informant de la présence des stagiaires
- Du matériel dédié à l'éducation thérapeutique

Suggestions : aucune

7.1.2.4.4 Les locaux

Cadre réglementaire de base

- Salle d'examen et de soins
- Pour les employés : vestiaire, 1 lavabo / 10 employés, au moins un WC pour chaque sexe représenté, ventilation mécanisée si volume d'air <15m³/personne
- Un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires ; distributeur de savon liquide à pompe avec poche rétractable éjectable ; distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle.
- Au moins deux sorties, alarme anti-incendie, câblage électrique « catégorie C2 », un extincteur par niveau et tous les 300m²
- Normes accès handicapé : rampes, largeur des couloirs et des ouvertures, un WC adapté, une place de stationnement adapté et signalée
- Local dédié au stockage des déchets et du matériel d'entretien, si possible équipé d'un évier et d'un vidoir.
- Pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) : revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer.
- Local sécurisé dédié à l'archivage papier (dossier patient, dossier recherche)
- Sécurisation des locaux renfermant des ordinateurs qui contiennent des données sur les patients (salle d'examen, local informatique si existant)
- +/- une salle de réunion pour l'éducation (l'éducation fait partie des missions législatives de la médecine générale et la HAS recommande des réunions collectives pour l'éducation thérapeutique)
- +/- une salle d'attente (elle n'est citée nulle part comme une obligation, mais elle permet de satisfaire aux obligations de respect du secret professionnel et d'affichage d'informations pour les patients)
- +/- un WC pour les patients (aucune obligation légale, mais quand même...)

Compléments indispensables

- Des salles d'examen et de soins adaptées à la présence de stagiaire (place, configuration)
- Une salle d'examen partagée par les différents vacataires
- Une borne d'accueil
- Une salle de secrétariat médical, isolée de l'accueil
- Une salle pour la réalisation des actes techniques (ex : urgence, chirurgie mineure)
- Des logements pour accueillir les remplaçants et les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour les stagiaires
- Bureau doté d'un ordinateur connecté à Internet pour le personnel investigateur des recherches
- Des logements pour le personnel de garde dont le domicile est trop excentré par rapport au secteur de garde
- Une salle de réunion pouvant servir de bibliothèque, de salle à manger, de salle de détente, de salle dédiée au NTIC et à l'étude des enregistrements vidéo et audio.
- Des espaces dédiés aux travaux administratifs et scientifiques (bureaux dans salle de réunion ou bureaux séparés)
- Local sécurisé pour entreposer le matériel informatique (disques durs de sauvegarde, serveurs, alimentation de secours)
- Espace dédié au stockage du matériel de recherche (cahier d'investigation, documents d'information, médicaments à tester, autre)
- Un parking
- Un arrêt de bus à proximité

Suggestions

- Cuisine pour le personnel, les stagiaires, l'éducation thérapeutique
- Un local dédié à l'accueil des stagiaires et au logement du personnel de garde ; équivalent d'un internat, lieu de vie, de repas et de travail universitaire (bureaux, ordinateur, internet). Ce local pourrait être attaché à la maison de santé et contenir la salle de réunion, la salle de cuisine, la bibliothèque.
- Une salle d'attente vue comme un outil d'information des patients : affichage, vidéos, messages sonores, bornes informatiques
- Une salle d'attente séparée pour les enfants (réduire les contaminations en salle d'attente, réduire le stress des enfants et des adultes, diffusions d'informations spécifiques à l'enfance)

7.1.2.4.5 Situation géographique du cabinet

Cadre réglementaire de base : aucun
Compléments indispensables <ul style="list-style-type: none">• L'installation des UMG doit s'intégrer dans les schémas régionaux d'organisation des soins définis par les ARS
Suggestions : aucune

7.1.2.4.6 Statut du lieu d'exercice des UMG

Cadre réglementaire de base <ul style="list-style-type: none">• Attente de la publication des décrets et arrêtés d'application concernant la part soins des UMG
Compléments indispensables <ul style="list-style-type: none">• Contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS afin d'assurer des missions de santé publique et ainsi bénéficier du statut d'établissement de santé public (bi-appartenance)
Suggestions : aucune

7.1.2.4.7 Organisation du temps de travail

Cadre réglementaire de base <ul style="list-style-type: none">• Attente de la publication des décrets et arrêtés d'application concernant la part soins des UMG• Mi-temps universitaire minimum• Mi temps de médecine générale en ambulatoire maximum• Continuité des soins de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h00 à 12h00• Consultation majoritairement sur RDV avec créneau pour prendre en charge les soins non programmables• Organisation des emplois du temps des praticiens du regroupement pour assurer une séniorisation permanente sur place des externes et des IMG en « stage chez le praticien »
Compléments indispensables <ul style="list-style-type: none">• Mi-temps universitaire – mi-temps de soins• 8h30-18h30 pour la majorité des praticiens• Présence d'effectifs réduits de 8h00 à 8h30 et de 18h30 à 20h00• Rotation pour les samedis matins• Rotation pour la permanence des soins• Rotation pour qu'en permanence un praticien soit disponible pour la gestion de soins non programmables• Organisation des emplois du temps afin de permettre aux praticiens de s'absenter sans rompre la continuité de soins pour : le DPC, des missions universitaires, des réunions, pour travailler dans d'autres structures de soins.• Augmentation du temps total de consultation, sans augmentation du temps médical de consultation, grâce à la prise en charge pluri-professionnelle• Temps réservé à chaque consultation variable selon le motif évoqué au moment de la prise de rendez-vous (15 minutes pour les affections aiguës ; entre 20 et 44 minutes pour les consultations de suivi, de dépistage, de prévention)
Suggestions <ul style="list-style-type: none">• L'institution d'un repos de sécurité les lendemains de garde. Ce temps est utilisé à des tâches non médicales.• Etude statistique du temps effectif de consultation en fonction des motifs évoqués au moment de la prise de rendez-vous ; puis adaptation fine du temps imparti aux rendez-vous grâce aux données fournies par l'étude.

7.1.2.4.8 Mode de rémunération de la part soins

Cadre réglementaire de base

- Paiement à l'acte selon convention entre UNCAM et représentation de la profession
- Rémunération forfaitaire : patient en ALD, permanence des soins, contrats de bonne pratique, contrat de santé publique, contrat de surveillance de cure thermale
- Rémunération à la performance : CAPI

Compléments indispensables

Mise en minorité du paiement à l'acte et développement d'une rémunération multimodale adaptée aux différentes missions :

- Actes techniques : paiement à l'acte (revalorisation de la rémunération des actes de chirurgie mineure afin de pouvoir financer le matériel, le personnel assistant et le temps passé)
- Consultation ou visite de suivi, d'éducation, de dépistage : paiement forfaitaire ou salariat
- DPC : paiement forfaitaire ou salariat
- Consultation, conseil téléphonique : paiement forfaitaire ou salariat
- Travail de gestion : paiement forfaitaire ou salariat
- Travail de paperasse, administratif : paiement forfaitaire ou salariat
- Réunions (formation, staff, synthèse de dossier, concertation, visiteurs médicaux) : paiement forfaitaire ou salariat
- Recherche au cabinet : paiement forfaitaire ou salariat
- Temps de déplacement : indemnité kilométrique
- Incitation à la performance : rémunération forfaitaire selon résultats
- Exercice en groupe pluridisciplinaire : paiement forfaitaire ou salariat
- Aménagement des locaux pour l'accueil de stagiaire : prise en charge des aménagements par l'ARS, paiement forfaitaire ou salariat
- Recherches en soins primaires : paiement forfaitaire ou salariat

Le salariat unique n'est pas adapté. Le mode de rémunération des UMG doit être le même que leurs confrères non universitaires. C'est la raison pour laquelle les centres de santé, où la rémunération est exclusivement salariale, ne peuvent être le lieu d'exercice des UMG que dans les mêmes proportions que celles du reste de la profession.

Suggestions

- Repos de sécurité les lendemains de garde : forfait ou salariat.

7.1.2.4.9 La pression judiciaire

Cadre réglementaire de base

- RCP pour l'activité de soins
- Une clause spécifique doit être ajoutée à la RCP pour couvrir l'accueil des stagiaires
- Assurances spécifiques pour couvrir les activités de recherche

Compléments indispensables : aucun

Suggestions

- couverture des praticiens par l'état dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARS

7.2 Proposition d'un modèle de maison de santé universitaire (Utopia)

7.2.1 Introduction

Utopia est une MDSP universitaire qui correspond à tous les critères évoqués dans nos propositions (cadre légal + compléments indispensables + suggestions).

Elle est utopique dans le sens où dans sa conception, les contraintes financières n'ont pas du tout été prise en considération. D'ailleurs sa viabilité financière est impossible avec les dispositifs actuels de rémunération des professionnels.

Il s'agit d'une maison de santé pluridisciplinaire implantée au centre d'une zone très déficitaire. Cela explique sa grande taille (10 spécialistes en soins primaires).

Elle privilégie la qualité de vie professionnelle et la convivialité tout en permettant une pratique d'excellence et la réalisation des missions universitaires.

Elle donne une grande place à l'accueil des étudiants et des remplaçants de toutes les disciplines. Elle cherche à se rapprocher de l'organisation des services hospitaliers, notamment sur l'organisation du temps de travail, la permanence des soins et les modes de rémunération. Le but est de rétablir l'équilibre d'attractivité entre la médecine générale et les autres spécialités.

La délégation de tâche et le travail pluridisciplinaire y sont très développés afin d'économiser le maximum de temps médical, tout en permettant des soins primaires de qualité et centrés sur la personne.

7.2.2 Composition de l'équipe soignante d'Utopia (« intra muros »)

- Les généralistes, spécialistes en soins primaires : 10 praticiens
 - 1 Professeur (PU-MG)
 - 1 Maître de conférence (MCU-MG)
 - 1 Chef de Clinique (CCU-MG)
 - 3 Maîtres de stage
 - 4 Médecins généralistes

- Les paramédicaux :
 - 5 assistants médicaux
 - 1 Pharmacien – équipement médical
 - 2 kinésithérapeutes
 - 3 IDE
 - En prévision : dentistes

- Les vacataires pour lesquels Utopia est un cabinet secondaire :
 - Généralistes urbains et ruraux
 - **Autres spécialités** : cardiologue, rhumatologue, dermatologue, angiologue, rééducateur, etc.
 - **Paramédicaux** : sage-femme, podologue, audioprothésiste, psychologue, diététicien, orthoptiste, etc.
- Les non-soignants
 - **Permanents** : 3 secrétaires, un manager, personnel d'entretien, personnel de recherche
 - **Vacataires** : comptable, hygiéniste, informaticien, travailleurs sociaux
- Les stagiaires
 - **De médecine** : 4 IMG, 4 externes, un interne d'un autre DES
 - **Autres professions** : 1 élève IDE, 1 élève kiné, 1 externe de pharmacie, 1 interne de pharmacie, 1 élève secrétaire

7.2.3 Mode de fonctionnement

Tout d'abord, elle répond à tous les critères évoqués dans nos propositions (cadre légal + compléments indispensable + suggestions).

En plus, nous suggérons les idées suivantes :

- Les consultations se déroulent toujours en présence de 2 praticiens : un médecin responsable (généraliste, IMG en fin de stage praticien, IMG en SASPAS) assisté par un auxiliaire (assistant médical, IDE, stagiaire, généraliste « senior » si c'est un stagiaire qui joue le rôle de médecin responsable)
- Utopia intègre un pôle de santé qui regroupe virtuellement tous les autres acteurs des soins avoisinants (notamment les médecins généralistes)
- L'ensemble du pôle de santé constitue une USA (Unité de Soins Ambulatoire) qui a la charge d'un secteur défini par le SROS. Dans ce secteur, l'USA assure la continuité et la permanence des soins. Utopia sert de maison médicale de garde pour les médecins de l'USA dont le cabinet est externe à Utopia. Les plannings de permanence de soins et de continuité de soins sont remplis par tous les professionnels du pôle de santé.
- Les véhicules de visite appartiennent à Utopia. Ils sont aussi utilisés lors des gardes. Ils sont prêtés, comme les outils « intra-muros », aux médecins venant faire leurs gardes à Utopia.
- Possibilité pour les praticiens de se connecter à l'intranet d'Utopia à partir de leurs domiciles (par internet) afin d'avoir accès à certaines données, notamment d'ordre organisationnel (plannings, rendez-vous pris, visites prévues, etc.)

7.2.4 Les plans

Pour illustrer un tel projet, nous avons imaginé les plans suivants. Ils ont été conçus afin de permettre une présentation pédagogique du mode de fonctionnement proposé. Aussi ils ne respectent pas les normes architecturales en vigueur.

7.2.4.1 Plan général d'Utopia

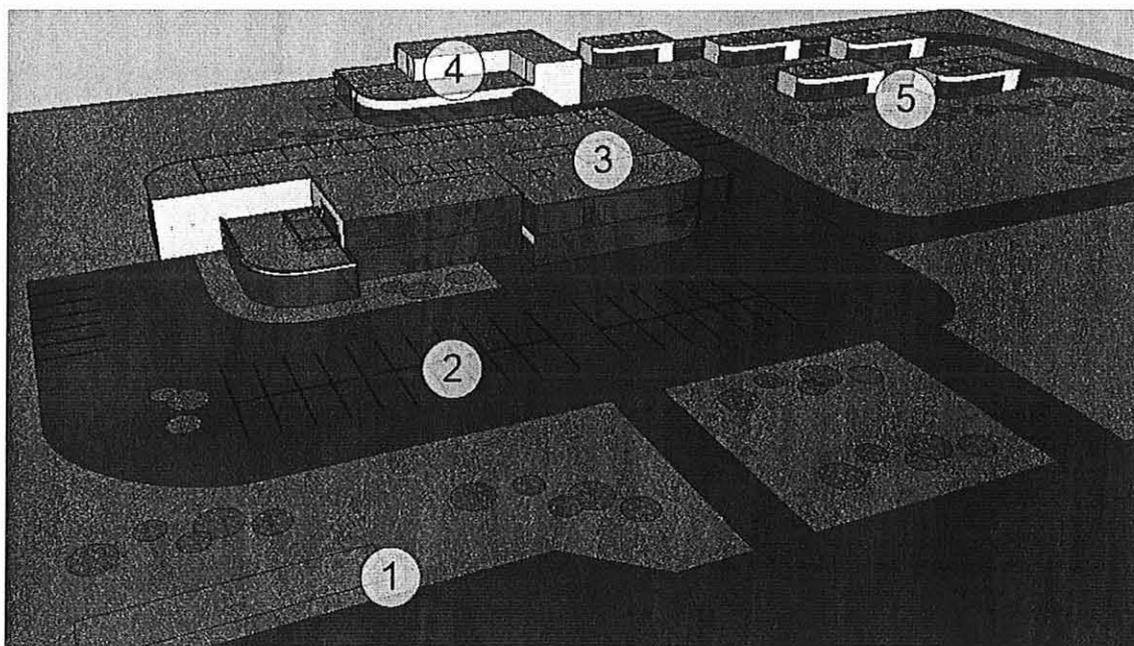


Figure 24 : Plan Utopia – Vue d'ensemble. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais

- 1**: Arrêt de bus : ramassage par navette, adaptation des trajets des lignes de bus
- 2**: Parking, dont places réservées pour les personnes à mobilité réduite
- 3**: « Maison de soins » : lieu où les soins sont pratiqués
- 4**: « Maison de vie » (ou internat) : logement des stagiaires et du personnel de garde, lieu de détente
- 5**: Pavillons de logement pour les remplaçants de toutes les professions

7.2.4.2 Rez-de-chaussée de la maison de soins

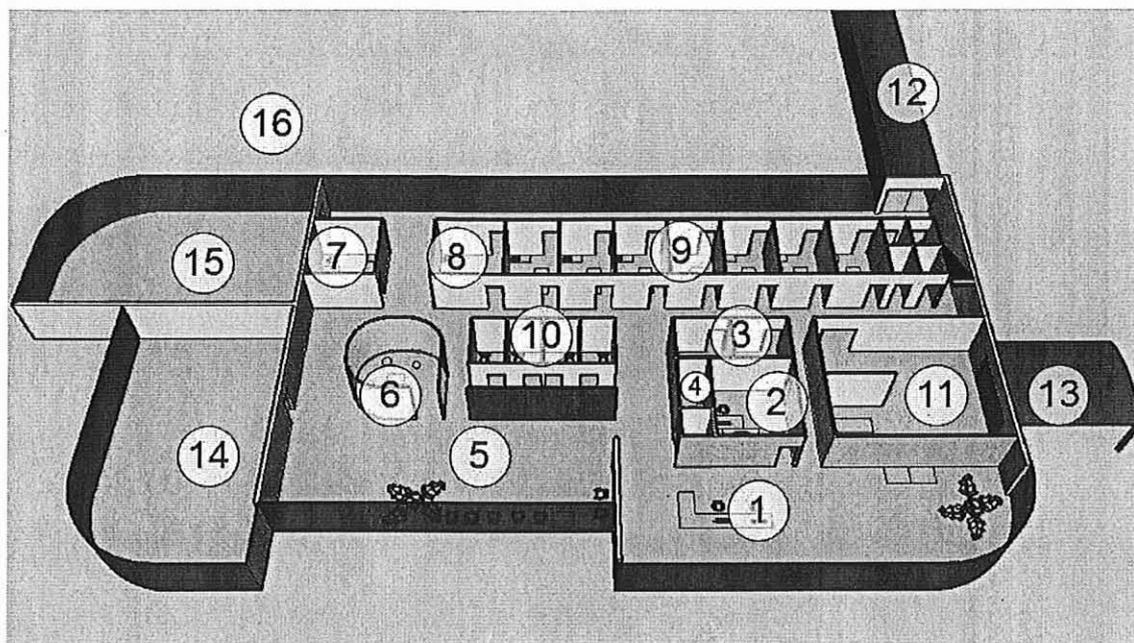


Figure 25 : Plan Utopia – RDC de la maison de soins. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais

- 1** : Borne d'accueil
- 2** : Secrétariat fermé : entretien confidentiel, consultation téléphonique, les téléphones sont dotés d'enregistreurs
- 3** : Salle de soins des IDE
- 4** : Local informatique sécurisé
- 5** : Salle d'attente adulte, équipée de bornes informatiques en libre accès
- 6** : Salle d'attente enfant
- 7** : Local dédié au stockage des déchets et du matériel d'entretien
- 8** : Salle d'examen dédiée aux vacataires, plus grande pour accueillir leur matériel (ex : échographe)
- 9** : Salles d'examen standards avec tout le matériel nécessaire, notamment informatique. L'une d'entre elles est équipée du matériel d'enregistrement vidéo et audio.
- 10** : Sanitaires
- 11** : Salle d'urgence et de chirurgie mineure. Elle contient la pro-pharmacie
- 12** : Passerelle vers la « maison de vie »
- 13** : Accès patients en brancard
- 14** : Pharmacie
- 15** : Kinésithérapeutes
- 16** : Emplacement prévu pour les dentistes (notion d'évolutivité des bâtiments)

7.2.4.3 Etage de la maison de soins

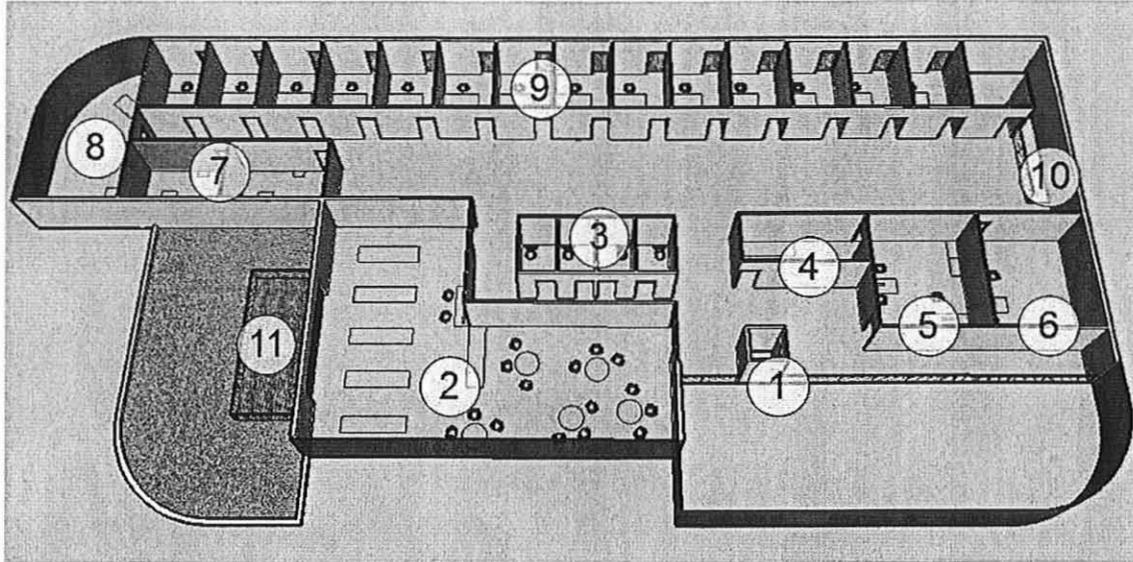


Figure 26 : Plan Utopia – Etage maison de soins. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais

- 1:** Ascenseur adapté aux fauteuils roulants
- 2:** Salle de réunion, éducation, DPC, bibliothèque.
- 3:** Sanitaires
- 4:** Archives papiers sécurisées
- 5:** Bureau des travailleurs sociaux
- 6:** Bureau des stagiaires (toute profession), doté d'au moins un ordinateur connecté à Internet
- 7:** Bureau des administratifs : manager, comptable, hygiéniste, etc.
- 8:** Bureau du PU-MG
- 9:** Bureau pour les professionnels de toutes les disciplines. Un d'entre eux est équipé du matériel de visioconférence. Des bureaux sont attitrés. Et d'autres sont partagés par plusieurs professionnels (ex : psychologie, orthoptie, etc.). Ces bureaux peuvent être utilisés pour les activités de recherches.
- 10:** Escaliers
- 11:** Terrasse extérieure (fumeurs)

7.2.4.4 Rez-de-chaussée de la maison de vie (internat)

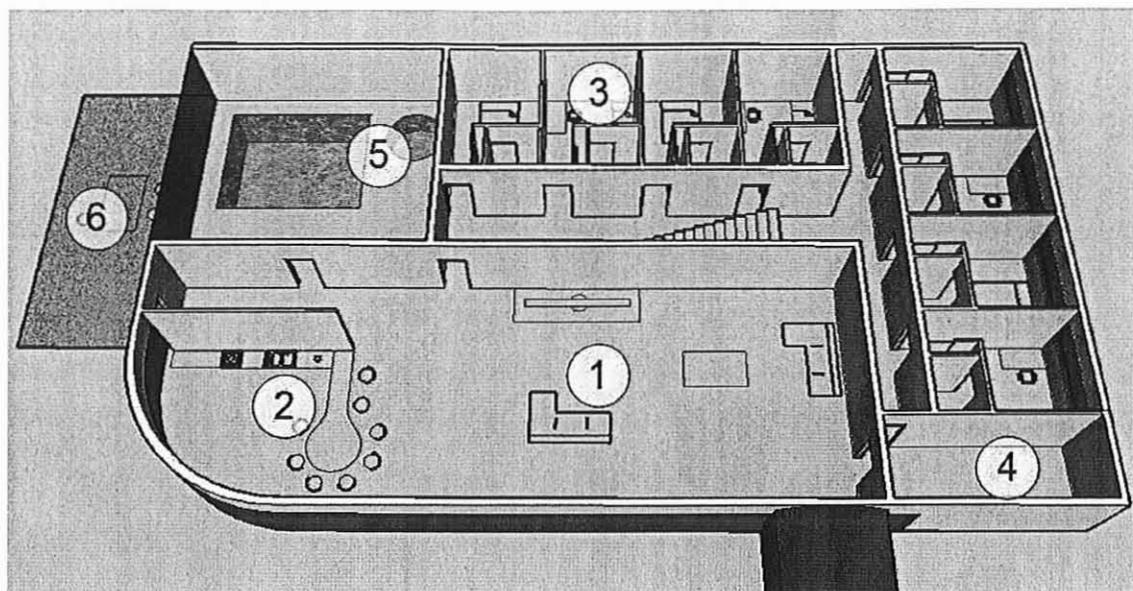


Figure 27 : Plan Utopia – RDC de la maison de vie. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais

- 1:** Salle de vie : repos, repas de groupe
- 2:** Cuisine : pour les professionnels, mais aussi pour éducation
- 3:** Logements des stagiaires et du personnel de garde : lit, sanitaires, bureau, connexion WiFi
- 4:** Vestiaires du personnel avec douches et WC
- 5:** Piscine, jacuzzi
- 6:** terrasse extérieur (repas en extérieur)

7.3 Discussion

7.3.1 Synthèse de notre réflexion

La question du lieu d'exercice des UMG est un vaste sujet. L'exercice de la médecine générale est éminemment complexe ; plus complexe que celui des autres spécialités, notamment par le fait qu'elle est en partie définie par son lieu d'exercice.

Les UMG, avant d'être universitaires, ont la lourde tâche **d'être des médecins généralistes « modèles »** ; des exemples aux yeux des stagiaires qui devront voir en eux la pratique d'excellence à laquelle ils doivent aspirer. Cette **mission de soins est de loin aussi ambitieuse que celles du titre universitaire**.

La médecine générale passe par une crise certaine. Les projections démographiques laissent présager une **diminution majeure du temps médical disponible**. Face à cette diminution des forces vives en médecine générale, la société ne va pas stopper son évolution. Les besoins en santé de la population française ne pourront que réclamer plus de moyens et plus de qualité. C'est là tout le défi de l'évolution de la pratique des soins primaires. **« Comment faire plus et mieux, mais avec beaucoup moins de médecins ? »** A notre sens, c'est la partie la plus importante de notre travail.

C'est pourquoi nous attachons une grande importance, dans nos propositions, à l'intégration de la contrainte démographique qui s'annonce. Elle ne pourra être qu'un moteur certain à des révolutions dans les pratiques. Parce qu'il s'agira bien de **révolutionner la médecine générale**. Sinon, comment réussir ce pari ?

La pratique des soins devra radicalement changer pour permettre aux soins ambulatoires, de moins en moins pourvus en médecins généralistes, de faire face à l'augmentation des besoins. **Pluridisciplinarité, délégation de tâches, transfert de compétence, création de nouveaux métiers, informatisation des pratiques, sont les solutions connues et reconnues** à cette problématique. Comme à l'étranger, elles doivent être envisagées, testées et adoptées en fonction de leur efficacité dans notre système de santé.

De ces modifications de la pratique des soins primaires, il en découle une adaptation obligatoire de tous les autres aspects du métier : **organisation physique du travail d'équipe (locaux), organisation des temps de travail, mode de rémunération, etc.**

Et quel meilleur lieu d'exercice que celui des UMG pour être le théâtre de ces bouleversements ? Les UMG, en tant qu'élite de la discipline des soins primaires, sont les pionniers désignés de la mise en place des pratiques qui permettront de répondre à ces défis. Ils ont vocation à avoir une pratique d'excellence et ils ont les moyens (recherche universitaire) d'évaluer l'efficacité de ces nouvelles pratiques.

C'est pourquoi nous attachons une grande importance à **l'intégration d'emblée, aux lieux d'exercice des UMG, des nouvelles pratiques**.

Une fois cette « nouvelle médecine générale » définie, comment peut s'y incorporer les missions universitaires des UMG ?

La première grande question à laquelle il a fallu répondre, c'est celle de la **possibilité d'une transposition du modèle hospitalo-universitaire à la FUMG ?** Il ressort de notre travail qu'une transposition très directe peut être faite pour la réalisation des missions universitaires. Ces dernières semblent tout à fait indépendantes du champ de la pratique des soins. L'organisation **hospitalo-**

universitaire, dans ce qu'elle a eu de bon à ses débuts, et dans ce qu'elle promet pour l'avenir, **doit donc servir de référence pour la FUMG**.

Il en ressort les grandes propositions que sont la **bi-appartenance pour les UMG**, le **pilotage régional de la recherche et de l'enseignement par les DMG**, l'**importance des stagiaires et des CCU-MG dans l'organisation des cabinets**, l'**importance de la pluridisciplinarité pour les soins mais aussi pour la recherche et l'enseignement**.

Par ailleurs, les **modalités d'exercices de la part soins des UMG ne doivent pas trop s'éloigner de celles de leurs confrères non-universitaires** ; au risque de doter la discipline d'un corps universitaire inapte au développement de la spécialité telle qu'elle est pratiquée en France.

Enfin, notre travail a permis de formuler une liste de critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des UMG.

7.3.2 Limites

La plus grande limite de notre étude relève de la question choisie. Celle-ci est vaste et soulève de nombreux points qui mériteraient, pour certains, d'être traités indépendamment. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles cette problématique n'est pas abordée spécifiquement dans la littérature française et internationale. Le grand nombre des thèmes abordés rend inégale la qualité avec laquelle ils ont été traités.

La deuxième limite relève de la méthodologie. On peut se poser la question d'une perte d'information liée à l'interrogation d'une seule banque de données. Ensuite le grand nombre de publications a rendu obligatoire la réalisation d'une sélection selon des critères préétablis. C'est une source de biais, d'autant plus qu'elle a été influencée par une expérience personnelle forte sur le sujet traité. Nous considérons aussi que l'étude de la littérature grise a été insuffisante. Elle a été menée sur les revues médicales françaises entre janvier 2009 et septembre 2009. Elle aurait dû être explorée sur une période identique à celle prédéterminée lors de nos recherches dans la littérature scientifique.

Un autre biais relève de la transposition des expériences étrangères au système de soins français. Il apparaît que chaque système de soins est unique et que cette transposition est souvent périlleuse. Aussi les conclusions basées sur des publications étrangères doivent être relativisées. On peut quand même minimiser ce biais en constatant que malgré la différence des systèmes de soins, la médecine générale passe bel et bien par une crise mondiale.

Ensuite, on peut regretter deux éclairages majeurs à notre travail : celui du lieu d'activité des UMG dans les autres pays et celui des contraintes de financement du système de santé et de ses réformes.

Concernant l'appréhension du lieu d'exercice des UMG dans les autres pays, il est évident qu'il aurait été intéressant de savoir comment ces UMG exercent leur triple mission dans la pratique.

Enfin pour ce qui est des considérations financières, il est certain qu'elles jettent un certain nombre d'inconnus sur notre réflexion. Nouveaux métiers, nouvelles formations, développement nécessairement majeurs de la recherche en soins primaires, informatisation de toutes les missions, maison de santé aux locaux "spacieux" ; tout cela pose la question de l'enveloppe globale qui va être attribuée au développement de la discipline. Comme nous l'avons vu, la modification des modes de rémunération semble être en mesure de permettre d'organiser toute ces évolutions. Encore faut-il que l'état « solvabilise » les distributeurs de ces rémunérations. Si tel n'est pas le cas, notre travail pourrait être totalement caduc.

7.3.3 Points forts

Tout d'abord, nous avons eu une approche relativement globale de la question. Il nous semble que quasiment tous les aspects des trois missions des UMG ont été abordés. Les interactions entre les différentes sous-questions ont pu être mises en évidence.

Ensuite, nous avons réussi à avoir, dans la bibliographie, un panel intéressant de différentes nationalités : USA, Belgique, Suisse, Suède, Hollande, Danemark, Angleterre, Australie, Nouvelle Zélande, Israël, France.

Enfin, il nous semble que les critères classés dans le niveau « cadre réglementaire » ont été conçus sur une bibliographie permettant un haut niveau de preuve. Aussi nous pensons que notre travail a le mérite de proposer un cadre réglementaire minimal solide.

7.3.4 Ouvertures

Nous regrettons de ne pas avoir trouvé d'éléments précis sur la manière dont pratiquent les actuels enseignants associés en France. Ces informations revêtent une importance majeure. Tout d'abord parce qu'elles auraient nuancé nos propositions, mais surtout parce qu'elles auraient permis de voir dans quelles mesures, ces enseignants associés vont avoir la possibilité d'intégrer ces dispositions.

Tout le monde attend avec impatience la parution des décrets portant sur le volet soins des UMG, mais est-ce que les premiers concernés que sont les enseignants associés, auront la possibilité de s'y astreindre ?

Devront-ils quitter les cabinets dans lesquels ils exercent aujourd'hui ? Est-ce que ces obligations vont être un frein à la titularisation de certains enseignants ?

Il se pourrait que la parution de ces décrets, s'ils ne font pas preuve de souplesse dans les modalités qu'ils mettent en place, provoque des résultats inverses à ceux espérés.

Enfin, nous concluons notre travail à partir de cette citation :

« The better the primary care, the greater the cost savings, the better the health outcomes, and the greater the reduction in health and health care disparities. »¹⁴⁷ (201)

Un lien fort existe entre la santé d'une population et le temps que passe chaque individu avec son médecin traitant. (82) Il existe aussi une forte corrélation entre qualité, efficacité économique d'un système de soins et l'importance de la place donnée aux généralistes au sein du système. (92) La question de l'universitarisation de la médecine générale dépasse largement le cadre de cette discipline. Il s'agit là d'une question qui touche la société française tout entière et dans des sujets qui la concerne intimement : la santé de chacun et la bonne utilisation des ressources financières du système de solidarité sociale.

Finalement, la santé future de la population française dépend pour beaucoup de cette émancipation universitaire de la médecine générale.

« Le lieu d'exercice des universitaires de la médecine générale ? » et si ce n'était pas là une véritable question de société ?

¹⁴⁷ « Meilleurs sont les soins primaires, plus grandes sont les réductions des coûts, meilleurs sont les résultats en terme de santé, et plus réduites sont les inégalités d'accès aux soins »

Documents annexes

8 ANNEXES

8.1 Annexe 1 : Diaporama « Projet régional de création de MMU, véritable CUMG en Languedoc Roussillon »

Projet Régional de création de Maisons Médicales Universitaires véritable Centre Universitaire de Médecine Générale du LR

Dr Michel Assayag Maître de Conférences Associé de MG
Président du CRGE LR

Quatre opérateurs locorégionaux

des professionnels,

Des Médecins Généralistes, dont la démographie est en baisse, et qui prennent conscience de la nécessité de se fédérer pour garder la maîtrise de leurs rapports avec des personnes dont les besoins et parcours de santé se différencient de plus en plus, et alors que les transformations économiques et politiques du système de santé se précisent

Des Médecins Généralistes enseignants qui doivent préparer les futurs Médecins Généralistes à leur futur métier et à leurs conditions d'exercice.

Pourquoi ? En fonction des besoins de 4 opérateurs loco régionaux

des personnes

dont les besoins de santé se différencient de plus en plus de leur naissance jusque dans leur vieillissement prolongé, et qui doivent intégrer les dimensions physiques, mentales, sociales et culturelles de leur bien être dans leur parcours de santé.

Quatre opérateurs locorégionaux

Des structures de santé à domicile, de ville et en établissement

plurielles, avec des activités médicales, médico-sociales et sociales tout au long de chaque parcours de santé, et évoluant vers un modèle économique de type industriel avec une nouvelle gouvernance.

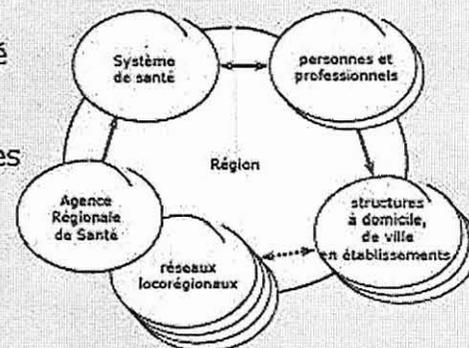
Quatre opérateurs locorégionaux

□ Un agencement locorégional de la santé

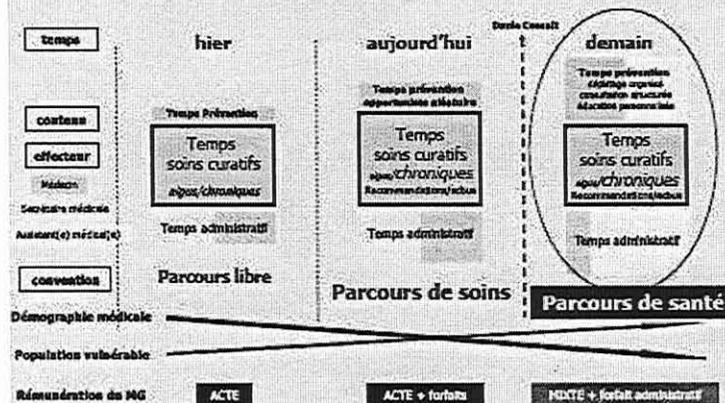
qui émerge avec la constitution d'une Agence Régionale de Santé (ARS) à partir des acquis des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et des Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), et qui devrait appeler des projets de santé des professionnels et des personnes fondés sur des réseaux locorégionaux.

Quatre opérateurs locorégionaux

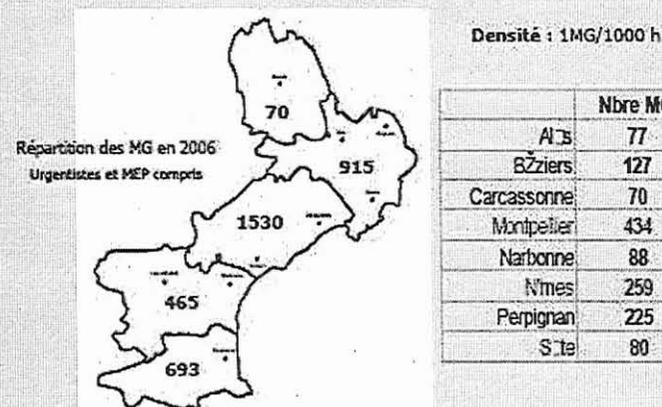
De la singularité de la santé à la pluralité de ses structures au sein de réseaux locorégionaux agencés



Évolution du contenu d'une consultation

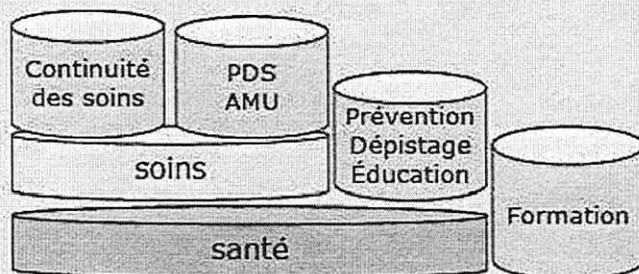


Dans un contexte de pénurie : 2700 MG actifs en LR



Les principes à respecter

améliorer et/ou maintenir
en tout lieu, la qualité des missions de

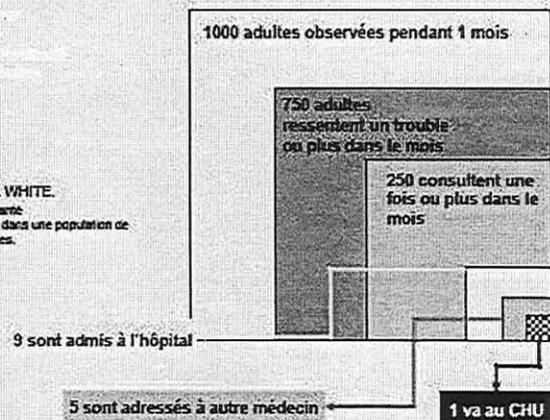


© Bernard Noël, MCF de Chirurgical Assuré, Département de Médecine Générale, UFR Médecine Montpellier

Le champ d'exercice de la médecine générale

Caré de K. WHITE.

Troubles de santé
durant 1 mois dans une population de
1000 personnes.
USA et GB
1991



La FORMATION INITIALE DES IMG

- L'arrêté du 22/09/04 fixe la réglementation du DES de MG.
- Les recommandations de la WONCA préconisent 3 ans de formation dont la moitié doit être effectuée en médecine de premier recours.
- Actuellement la maquette du DES de MG se découpe en :
 - Un semestre de médecine adulte polyvalente.
 - Un semestre de gynécologie-obstétrique et / ou de pédiatrie.
 - Un semestre aux urgences générales.
 - Un semestre de médecine générale chez le praticien.
 - Un stage SASPAS en dernière année d'internat.
 - Un de ces semestres doit être effectué en CHU

Seuls 5% des étudiants font leur thèse sur un sujet de MG alors que les étudiants du DES de MG représentent 50% de la cohorte

Prise en compte des attentes des jeunes IMG

Enquêtes nationales 2006 du CNOH et de FIPAR - Rapport QUINTON ECN 2007 - Thèse Montpellier 2007

- Choix actif de la MG (86 % avaient un autre choix à l'ECN)
 - Variété de l'activité
 - Activité personnelle + épanouissante
 - Conditions de Travail compatibles avec vie privée
 - Utilité sociale de la profession
- Le choix du lieu, de la date de l'installation et de la forme d'exercice relèvent de facteurs d'ordre personnel (62% pour raison familiale)
- 60% se destinent à la MG exclusive
- 40% se destinent à la Médecine d'Urgence ou autre DESC
- 92% disent vouloir s'installer en groupe
- 60% disent vouloir s'installer en village péri-urbain et 30% en ville
- 98% récusent un exercice solitaire et/ou isolé
- Pour s'installer en rural, il faut y avoir vécu (70% des IMG de Montpellier viennent d'ailleurs)
- 91% des IMG de Montpellier : installation reportée au delà de 2 ans
- 60% des IMG veulent avoir une activité de remplaçant pendant un temps
- 66% ne sont pas attachés au paiement à l'acte

Analyse démographique et sociologique de la réserve de MG

- Diminution du nombre de postes d'internes attribués au LR
 - Promotion 2004 : 93 IMG et Résidents
 - Promotion 2005 : 39 IMG
 - Promotion 2006 : 45 IMG
 - Promotion 2007 : 65 IMG
- 132 remplaçants actifs dans le département de l'Aude en 2007
 - 112 inscrits hors CCOM 11
 - 20 inscrits au CCOM 11
- Féminisation croissante du corps médical
 - 60 % de femmes/promotion - UFR Montpellier
- Installation différée
 - Age moyen d'installation des MG en 2005 : 38 ans
 - Promotion sortie en 2004 : 7 installés/60
- Risque majeur de conflit si mesures coercitives :
 - culture syndicale des jeunes générations (hôpitaux y compris)

Ce que préconisent les différents rapports

-Revaloriser la médecine générale par la mise en place effective d'une vraie filière universitaire adaptée et universitariser les maisons médicales en zones déficitaires

-Berland Y. Commission « Démographie Médicale », rapport au ministère de la santé. Avril 2005

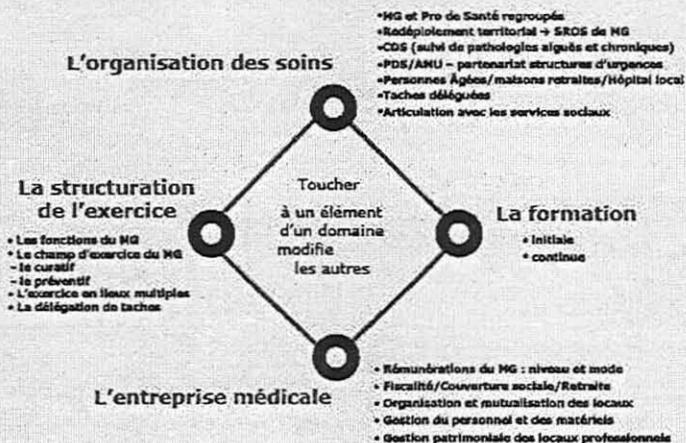
-Développement de maisons de santé pluridisciplinaires « labellisées » et encouragement à l'exercice regroupé mesuré phare du rapport Juilhard

-Exercice multisites et activité « déportée » ou « délocalisée ».
Discours C. Rapport au ministère de la santé juin 2003

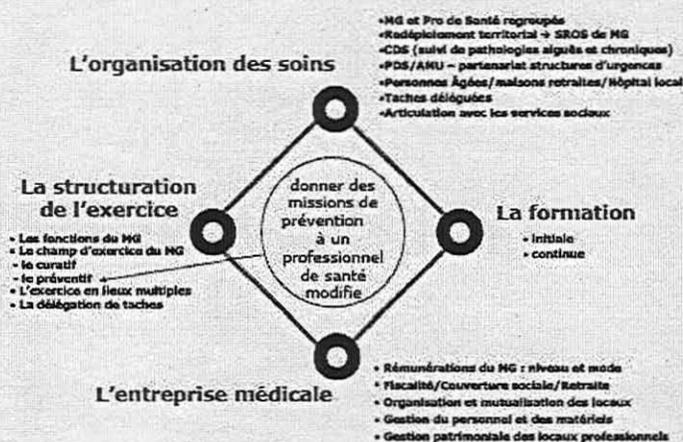
objectifs d'un travail en équipe de santé

- Maintenir une offre de soins équitable dans toutes les zones
 - Assurer : Permanence des soins/Urgences/Continuité des soins/Personnes âgées
 - Travailler en équipe de soins : spe d'organes, MG, auxiliaires médicaux
- Intégrer à la pratique une activité de santé publique
 - Dépistage et préventions
 - Éducation : aider au changement de comportement de la population (autre façon de consommer des biens de santé, abandon de conduites à risque)
 - Formation des professionnels de santé à la santé publique (MG, assistantes médicales, infirmières)
- Rémunérer les professionnels/volume/pénibilité ± atteinte d'objectifs
 - Rémunération directe : diversifier les modes, les types et les sources, forfaitiser
 - Rémunération indirecte :
 - améliorer la couverture sociale,
 - diminuer les charges professionnelles
 - Améliorer la retraite
 - Proposer des avantages en nature (logiciels, gestion, couverture sociale)
 - Engagements de groupes locaux de praticiens sur des pratiques + efficaces
- Former les MG en activité et les internes aux nouvelles pratiques

Les 4 domaines d'intervention indissociables



Les 4 domaines d'intervention indissociables



Dr Bernard HELL, Maître de Conférences Associé, Département de Médecine Générale, IFR Médecine Préventive

Le regroupement de professionnels de santé

Une publication américaine rapporte les démarches et les données cliniques de près de 2 millions de patients suivis pendant une année dans près de 120 cabinets de groupe médical. (practice groups)

Au terme de l'étude, il apparaît clairement que la prise en charge des patients suivis dans des groupes fonctionnant de manière intégrée – où les échanges entre les différents professionnels sont permanents, tout comme le recours à des bases de données – est supérieure [sur la base de six critères de bonne validité clinique] à celle de malades comparables pris en charge dans des cabinets où les médecins travaillent de manière indépendante, isolée.

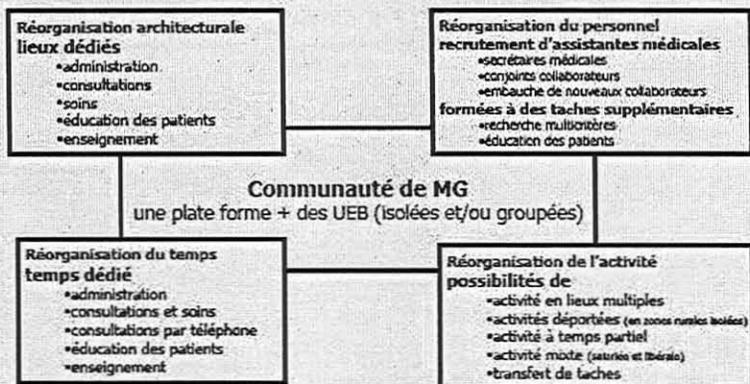
Mehrota A, Epstein A, Rosenthal A. : Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations ? *Ann Intern Med.* 2000;145:826-833.

La communauté de MG : nouveau concept de la MG

- Est composée de
 - MG installés sur le territoire concerné, volontaires, adhérents au concept
 - MG, MICA, retraités, volontaires
 - Jeunes MG, thésés ou non,
 - Remplaçants professionnels permanents
- Coordonne l'activité des MG et des professionnels de santé
 - Participe à l'élaboration (à la révision périodique) du SROS de MG
 - Manage les MG et leur planning d'activité (lieux et jours de travail)
 - Définit et organise des actions locales de santé publique (dépistage, éducation)
 - Délègue les tâches et les contrôles
 - Organise l'entraide aux zones rurales ou en difficulté, la PDS, l'AMU
- Mutualise des services aux MG (liste non limitative)
 - Gestion des RDV, des visites, régulation téléphonique, renseignements santé
 - Gestion d'une informatique commune et d'un logiciel métier en ligne
 - Assistance comptable et fiscale, conventionnelle
 - Entraide maladie, congés, formations,
- Gère les locaux, le personnel, le matériel, les relations avec les institutions, les collectivités locales et l'université

La communauté de MG : nouveau concept de la MG

Se conçoit en UEBMG Unité Effectrice de Base de Médecine Générale
= 1 Médecin + 1 assistante médicale et/ou infirmière et/ou secrétaire médicale



La communauté délègue des tâches

à des secrétaires spécialisées

- Accueil/Standardistes
- Comptables

à des infirmier(e)s

- Pour des actes techniques
 - Biométrie
 - Vaccinations
 - Suivi TA
 - Frotis
 - ECG
 - Observance TT
- Pour des actes d'éducation individuelle (Diabète, asthme)
- Collective (hygiène, diabétique)

à des assistant(e)s médicales

- Activité administrative de secrétariat médical
- Recueil de la biométrie
- Participation à l'activité de prévention
 - Recherche et convocation de patients
 - pour des consultations individuelles structurées
 - Pour des séances d'éducation collectives
 - Aide à la transmission des messages individualisés ou collectifs (conseils, consignes)
- Niveau d'études : DES Santé Publique

Dr Bernard Nèze, maître de Conférences Associé, Département de Médecine Générale, IAT Médecine Montpellier

Le projet régional :

Objectifs

- Re structurer la pratique généraliste (définir le contenu du métier)
- Re organiser les territoires

Moyens / 4 projets pilotes

- Béziers/Saint Pons (T Stéfanaggi) : PDS, continuité des soins, hôpital local
- Narbonne/Corbières (B Méric) : plate forme de service et gestion remplaçants
- Perpignan/Vallespir/Fenouillède (G Bourrel) : prévention, éducation, précarité
- Nîmes/haut Gard/Lozère (M Amouyal) : maison médicale universitaire

Points communs des projets

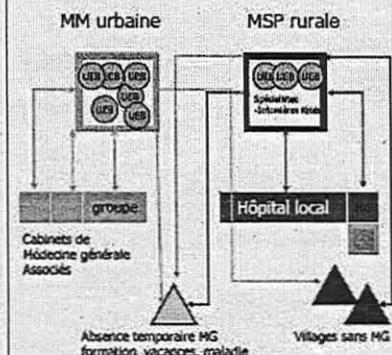
- entraide des zones denses aux zones fragiles
- délégation de tâches (infirmières, assistantes médicales, aides soignantes)
- plate forme de services aux MG (guichet Sécu, conseiller fiscal, téléphone)
- former les internes en MG aux soins ambulatoires de proximité pour faciliter leur intégration

La Maison Médicale Universitaire ou CUMG (centre Universitaire de Médecine Générale)

1. Présence d'enseignants de MG
2. Lieux de stages pour IMG et externes
3. Mutualisation partage des moyens techniques et humains entre urbain et rural
4. Définition et suivi d'objectifs régionaux réalistes
5. Consultations de prévention et d'éducation à la santé
6. Télémédecine
7. Logiciel métier commun
8. Thesaurus de la discipline
9. Participation des étudiants à la PDS

Formation / Recherche et Enseignement dans une structure adaptée au mode d'exercice des futurs médecins généralistes, (soins primaires en milieu ambulatoire)

Plate forme de services



Situation actuelle



Le CUMG du Languedoc Roussillon

CUMG Méditerranée Occidentale

Potentiel en LR
- 5 à 10 MMU -
40 CMGA

Expérimentation possible

MMU et CMGA

Structures effectrices des missions du CUMG

- Secteur ambulatoire vrai
- Soins primaires

MMU conventionnée

DIRECTION : 1 MG Praticien universitaire

personnels médicaux

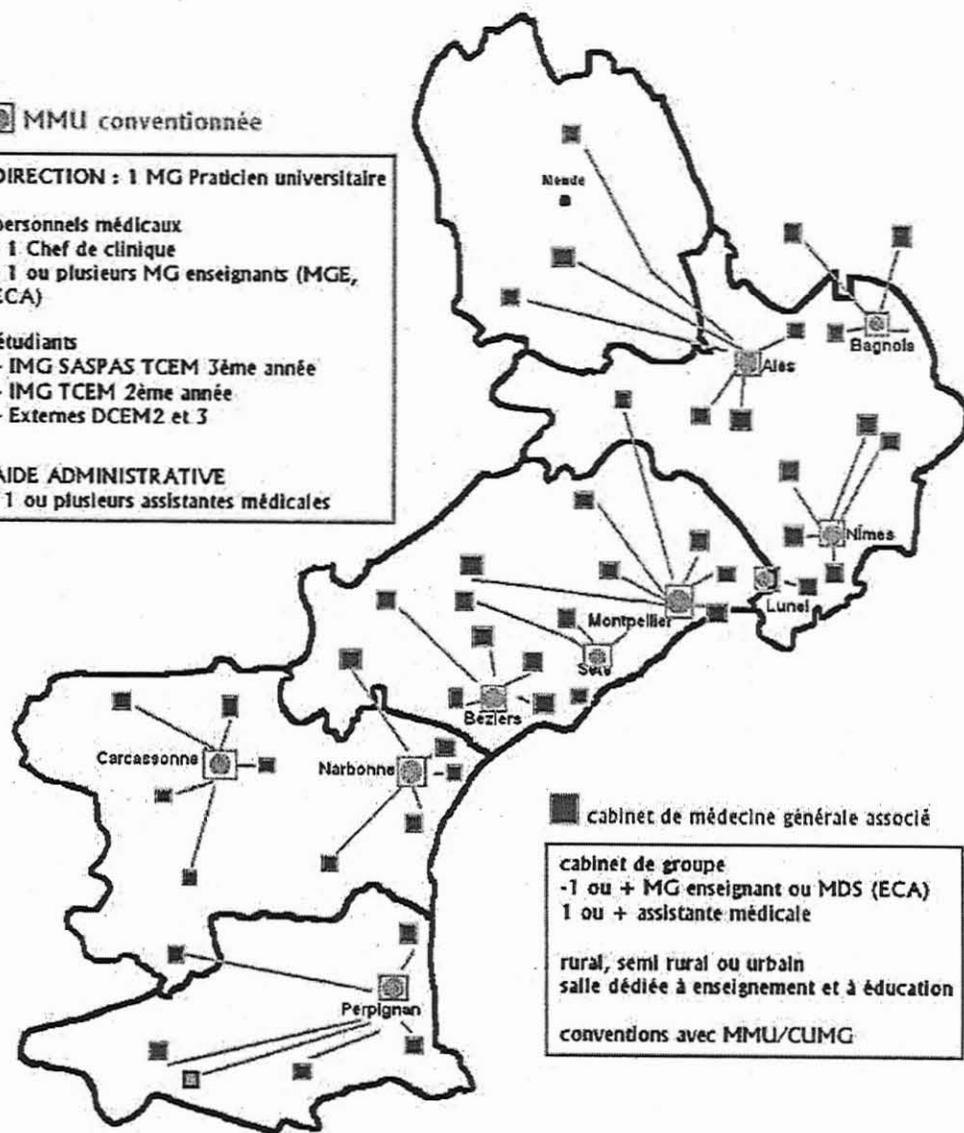
- 1 Chef de clinique
- 1 ou plusieurs MG enseignants (MGE, ECA)

étudiants

- IMG SASPAS TCEM 3ème année
- IMG TCEM 2ème année
- Externes DCEM2 et 3

AIDE ADMINISTRATIVE

- 1 ou plusieurs assistantes médicales



8.2 Annexe 2 : Document « L'universitarisation de la Médecine Générale... ce qu'elle apporte à la santé publique »



études préalables
à l'amélioration de la couverture
des soins primaires et de la santé publique
en Languedoc-Roussillon

**L'universitarisation
de la Médecine Générale ...**

... ce qu'elle apporte à la Santé Publique

réalités et perspectives

à partir d'un travail réalisé
par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Montpellier-Nîmes
et le Collège Régional des Généralistes Enseignants du Languedoc-Roussillon.

Dr Michel AKOUYAL Maître de Conférences Associé	Dr Gérard BOURREL Professeur Associé	Dr Bernard MERIC Maître de Conférences Associé	Dr Jean Paul OLIVE Président Aude
25 Rue des Miaz 30920 Codognan	Place Paul Séjourné 36000 Perpignan	31 Avenue Anatole France 11100 Narbonne	12 bis Bd 1848 11100 Narbonne
09 03 13 03 35	06 09 24 56 80	06 76 29 84 52	06 41 44 44 63

Préambule

Parler de l'universitarisation de la Médecine Générale nécessite de rappeler quelques vérités.

Les 3 niveaux de recours aux soins

La grande différence avec les autres spécialités c'est que la médecine générale n'a pas de branche hospitalière et intervient en soin primaire. Pour la Médecine interne, les internistes ont admis depuis longtemps que la médecine interne est une spécialité de soins tertiaires exercée en milieu hospitalier et que la médecine générale est une spécialité de soins primaires exercée en ambulatoire. Comme beaucoup d'autres spécialités, la cardiologie par exemple, a une double appartenance, hospitalière et ambulatoire, mais intervient en soins secondaires (ambulatoires ou hospitaliers) ou tertiaires (hospitaliers). Le niveau de recours est lié à la prévalence du type de maladie vue par chaque discipline, ainsi qu'aux niveaux techniques et aux méthodes requises pour répondre à leur prise en charge.

Le problème que constitue la démographie médicale

touchant déjà certaines zones et les prévisions de pénurie de médecins dans un avenir très proche, aussi bien dans le milieu rural qu'urbain, incite à anticiper et à innover dans des dispositifs originaux qui pourront répondre à la demande de soins.

Une structure à trouver pour les cliniques universitaires ambulatoires de médecine générale

Il convient aussi de parler de nécessité. La création des postes de Chef de Clinique ambulatoires (CCA) de Médecine générale en 2007 incite les professionnels universitaires de la discipline et les institutionnels à imaginer des lieux de cliniques universitaires ambulatoires pour les accueillir, répondant à la triple valence de soins, d'enseignement et de recherche.

Jusqu'à aujourd'hui la seule organisation autour du médecin généraliste en ambulatoire s'est faite autour d'expériences structurelles de Maison de Santé dans des territoires particuliers, autour de Maisons Médicales de Garde (MMG) avec des objectifs limités à la permanence des soins. Mais ces organisations étaient recentrées sur elles mêmes, et n'étaient pas pensées dans une perspective d'Organisation des Soins primaires systématisées à une échelle territoriale. **Il convient aujourd'hui de les repenser dans un système organisé dans lequel l'encadrement universitaire fait le lien.**

Des axes de développement en Santé Publique à mettre en place

La permanence des soins est le premier objectif d'une MMG. Néanmoins si l'on veut répondre de façon globale et pertinente à tous les défis que posent les Soins Primaires il nous incombe d'organiser des axes de développement pour la faire évoluer afin de répondre aux besoins en Santé Publique.

L'universitarisation de la Médecine Générale.

Il faut concevoir l'universitarisation de la Médecine Générale en ambulatoire comme un événement aussi important que fut la loi Debré avec la création des CHU pour l'organisation du système de soins. Ainsi, elle doit avoir un impact décisif sur l'organisation indispensable du système de soins primaires en France. En retour, celui-ci ne pourra pas se faire de manière cohérente sans que l'universitarisation de la Médecine Générale y prenne une part prépondérante.

Le cadre historico-politique

La constitution du CHU :

La réforme Debré en 1958 a constitué une avancée importante dans le monde de la Médecine. L'essentiel consistait à créer un temps plein hospitalier, par des médecins considérés comme les plus compétents pour assurer, dans un lieu unique, le soin, l'enseignement aux étudiants et la recherche. Pour extraordinaire que fut cette réforme, elle eut pour effet de couper les médecins hospitaliers des liens qu'ils entretenaient avec le milieu de vie des patients et des médecins de villes ou de campagnes, et même dans une certaine mesure des autres structures hospitalières en dehors du CHU. De la même manière, l'Université de Médecine s'est trouvée dans l'incapacité de créer une discipline dont elle ignorait les fondements et a fortiori, sa filière universitaire.

L'universitarisation de la Médecine Générale : quelques dates-clé

- Une résolution du Conseil de l'Europe en 1977 puis une directive européenne de septembre 1986 créent les conditions politiques d'une harmonisation de la formation à la médecine générale.
- L'enseignement de la médecine générale fut légalisé en France par la loi du 23 décembre 1982.
- Ce n'est qu'en 1991, que la filière universitaire de Médecine générale fut créée avec la nomination des premiers professeurs et maîtres de conférence de Médecine générale. Un an plus tard le statut des chargés et attachés d'enseignement clinique était défini.
- Né en 1983 le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), au côté des Collèges régionaux, fut essentiel dans l'évolution pédagogique et scientifique de la discipline. Par la place qu'il occupe dans le contexte européen et mondial (WONCA) il participe à l'harmonisation des études de médecine générale dans le cadre de l'Union Européenne.
- En 1996, décret sur l'introduction de la médecine générale en 2^e cycle.
- En 2004, création du DES de médecine générale et Examen Classant National pour tous.
- 2007, sortie de la première promotion de DES de MG et création d'une coordination interrégionale du DES.
- 2007, nomination du premier Chef de Clinique de Médecine générale à Montpellier.
- 2008, vote au parlement de l'universitarisation de la MG en ambulatoire.

Pourquoi une orientation vers une MMU ?

L'exercice de la médecine générale ne se fera plus comme il s'est toujours fait, marqué par l'individualisme, par un exercice solitaire dans un lieu fixe, mais le médecin de demain « bougera » davantage, s'ouvrira vers l'extérieur, vers des lieux divers, sa rémunération sera différente et diversifiée. Mais à sortir de l'individualisme, il faut retrouver le sens d'un travail communautaire, solidaire, dans des dispositifs conçus à ces fins. Et cela ne se fait pas tout seul. Avec la pénurie de médecins, une organisation du travail plus collective s'impose aujourd'hui.

On pourrait se contenter de dire qu'il suffit de créer une **communauté de médecins**, et ce serait déjà beaucoup, pour organiser, animer et dynamiser ce projet. Il suffit que ces médecins soient motivés et qu'ils aient défini un objectif commun. Mais cela ne se fait pas tout seul, et ces initiatives ne peuvent se faire de façon efficace qu'en créant les **conditions de cette organisation** avec des moyens matériels dédiés, avec un accompagnement humain, un encadrement adéquat.

La période est à l'**utilisation de l'existant**, à l'utilisation de ressources humaines reconnues, rodées et compétentes à certaines tâches.

Or la filière universitaire de Médecine Générale en Languedoc-Roussillon, est forte de personnalités ayant un profil spécifique, forgé et formé au contact de toutes les multiples tâches professionnelles, syndicales, en formation médicale continue, à la dynamique de groupe, mais aussi à l'enseignement en FMI et à la Recherche. Cette richesse s'est retrouvée sur un projet universitaire en Soins Primaires né il y a 2 ans.

Aujourd'hui, c'est une communauté de médecins généralistes enseignants qui est disponible pour des dispositifs innovants avec l'expérience d'un enseignement universitaire et d'une maquette pédagogique (200 h) centrée sur des thématiques de Santé Publique et d'organisation des soins.

On pourrait aussi craindre la main mise excessive du Pôle Universitaire de Médecine Générale sur ces dispositifs mais le système a besoin de toutes les expertises pour n'être pas exclusif. Il est pensé comme ayant une vocation **d'ouverture pluridisciplinaire** et comme une **interface** entre le monde hospitalier et ambulatoire.

En quoi une MMU est une valeur ajoutée au système ?

La justification de l'accompagnement universitaire du dispositif peut se concevoir dans plusieurs domaines :

- la **mise à disposition de ressources humaines**, issues de tout le territoire, leaders charismatiques de la profession, reconnus et capables d'entraîner derrière eux la population disciplinaire.
- la **production de connaissances cliniques** développées à partir d'une recherche en soins primaires indispensable avec l'appui des internes de Médecine générale producteurs de thèses et d'information spécifique de ce domaine.
- la **production de connaissance de la situation sanitaire et environnementale territoriale** par la recherche en soins primaires.
- l'**élévation du niveau de la qualité des soins et des prestations** : il ne suffit pas de créer les conditions de l'exercice, il faut aussi y annexer celles de la qualité. Un relèvement du niveau général en terme de qualité est attendu dans un dispositif plus systémique qu'individualiste.
- les **connexions entre la médecine ambulatoire et les établissements de soin** (chu, hôpitaux, hôpitaux locaux, maisons de retraite) se font plus facilement car la filière uni-

versitaire a un pied entre les deux, permettant ainsi à certains praticiens de ces structures souffrant d'isolement, d'en sortir

- la relance de la dynamique des réseaux en y faisant participer davantage les généralistes, et en améliorant l'articulation des réseaux « ville-hôpital » trop hospitalo-centrés. doit être effective, toujours par la position médiatrice de la filière.

En quoi un établissement de soin peut-il bénéficier d'une filière universitaire de Médecine Générale ?

PRENONS L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL :

Le cadre administratif :

L'hôpital général est concerné par la filière universitaire de Médecine générale dans le cadre de la maquette du DES de Médecine générale qui comprend des stages « fléchés » Médecine générale : services de Médecine polyvalente-gériatrie, gynéco-pédiatrie et l'urgence. Il est souhaité aussi de faire « 6 mois cumulés » en psychiatrie. Néanmoins il est possible à un service d'avoir un agrément pour recevoir des internes de Médecine générale, même si celui-ci n'a pas vocation à valider la maquette du DES. A l'hôpital de Perpignan, par exemple, un agrément a été accordé à un service d'hématologie après avis du professeur de Médecine générale.

L'intérêt de la filière universitaire :

L'agrément des stages : la DRASS désigne le DMG Facultaire pour effectuer les visites des services hospitaliers susceptibles d'accueillir des internes et les valider. La visite doit être effectuée par un professeur de Médecine générale, accompagné d'un interne.

la détermination des objectifs pédagogiques : à cette occasion, le professeur de MG discute des objectifs pédagogiques avec le chef de service de sorte que les activités hospitalières de l'interne de Médecine générale, correspondent le plus possible aux objectifs pédagogiques du DES. L'intervention d'un professeur de MG est désormais déterminante dans l'obtention de l'agrément. Il participe par ailleurs aux Commissions d'agrément des DRASS.

l'enseignement en formation initiale

Les formations faites dans les services (type staffs de service) ne sont pas pris en compte comme ED dans la maquette du DES, car se sont des enseignements disciplinaires spécifiques à chaque service. On peut imaginer qu'un certain nombre d'ED dont les thèmes sont fléchés comme prévalents en Médecine générale puissent être organisés et effectués en binôme (RH-Enseignant de MG).

une cohérence du système d'urgence

La filière se propose d'utiliser son personnel dans le cadre de la permanence des soins pour prendre en charge les consultations relevant de la Médecine générale : maîtres de stages, enseignants, internes de MG, remplaçants-anciens IMG, ayant reçu une formation spécifique aux soins dans le cadre de l'urgence et d'une activité de Santé publique. Le résultat attendu est une plus grande disponibilité des services d'urgence aux actes qui en relèvent.

le développement de la recherche clinique en soins primaires

La recherche en Soins primaires doit prendre son essor. Un certain nombre de thèses de MG ont déjà fait appel à des Praticiens Hospitaliers. L'activité des MMU (épidémiologie, veille sanitaire...) va générer une base de données et une information sur le parcours de soin du patient (entrées et sorties des ES), aux modalités de prise en charge, renseignements indispensables à la connaissance en Santé publique. Des appels d'offre de Recherche nationaux peuvent être retenus, car capables d'utiliser le tissu des ressources humaines médicales et des réseaux, pour le recueil de l'information. Des publications conjointes peuvent voir le jour et se multiplier.

une aide au développement des activités de Santé publique

La MMU peut disposer d'un personnel enseignant et étudiant formés capables de développer des activités de Santé publique (niveaux DU, masters, doctorats) en corrélation avec celles déjà proposées dans le cadre hospitalier et avec le support des Associations de malades.

une connaissance de la situation sanitaire et environnementale territoriale par la recherche en soins primaires

une communication plus effective avec le milieu ambulatoire

Le fonctionnement naturel de la MMU, dont les effecteurs seront ambulatoires (médecins de ville ou de campagne) va développer des interfaces entre les communautés de médecins hospitalières et ambulatoires.

PRENONS L'EXEMPLE D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS :

Les mêmes intérêts d'une MMU pour les autres établissements de soins (Maison de Santé, hôpitaux locaux, maisons de retraites...) que pour l'Hôpital Général sont transférables.

Ce qui est vrai pour l'établissement public de soins qu'est un CHU ne peut que l'être pour l'établissement public de soin que devrait être la MMU.

La plus value apportée par l'exigence universitaire et par l'association de compétences qu'une communauté universitaire concentre ne peut qu'être bénéfique aux activités de soins primaires, aux soins ambulatoires de proximité.

Axes de développement en Santé Publique des MMG avec encadrement universitaire

L'avenant 23 à la Convention médicale souligne l'engagement entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux de mettre l'accent sur plusieurs thèmes : le dépistage du cancer du sein, la vaccination anti-grippale, la lutte contre la iatrogénie des personnes âgées, la prévention des risques CV et le diabète. Les engagements de 2008 inscrits dans une logique de gestion des risques sont ambitieux. Des conventions individuelles sur des objectifs spécifiques et dégageant une rémunération à la performance sont envisagées. Mais tous ces engagements sont très fragiles, irréalistes pour les effecteurs de terrain. Les résultats ne sont pas significativement mesurables à l'échelon d'une patientèle. Par contre rapportée à un ensemble de patientèles d'une communauté de médecins, l'efficacité d'une politique de santé peut être mesurée dans des délais relativement courts, et l'atteinte des objectifs communautaires relativement plus facile. La composante universitaire peut améliorer cette efficacité.

Le « dépassement » des activités de PDS permet de répondre à plusieurs impératifs généraux :

1. organiser les Soins Primaires dans ses 3 dimensions : soin-formation-recherche
2. développer la Promotion de la santé : prévention-dépistage-éducation-formation à travers des actions de Santé publique, individuelles et collectives.
3. répondre à des missions de service public : la veille sanitaire, surveillance, expertises, évaluations, gestion de crises...
4. mettre en place l'Universitarisation de la Médecine Générale votée par le parlement début 2008 pour accompagner ces organisations et ces actions

Ces 4 axes sont intimement liés et l'un ne pourra se faire sans les autres si l'on veut un résultat conforme aux attentes.

Rôle de la MMU dans les activités de Santé publique

La MMU est la structure médiatrice médicale et administrative qui gère la communauté de médecins. Dans le cadre des programmes de Santé Publique qu'elle initie ou qu'elle accompagne, elle assure le suivi et la gestion du dépistage, des campagnes de prévention et des premières actions d'éducation des patients.

Cette structure aura pour vocation, dans le cadre de son périmètre d'activité :

- La mise en place de l'action de dépistage et de prévention
- La coordination des différents acteurs participants à la démarche en collaboration avec les autres centres de dépistage
- La convocation des patients et leurs suivis éducatifs
- La mise en place des ateliers d'éducation et de prévention sur les différents suivis des patients en partenariat avec les MG traitants
- Le suivi de ces ateliers
- Le lien avec les professionnels de santé, en particulier le MT, concourant à l'éducation et au suivi
- Le lien et suivi avec les spécialistes publics, privés et les centres hospitaliers
- La formation des différents professionnels de santé à l'éducation thérapeutique en collaboration avec les structures pédagogiques reconnues (DMG, CRES, autres)
- L'évaluation de cette action d'éducation
- La recherche en médecine générale et en éducation à la santé avec les universitaires concernés en collaboration avec les équipes de recherche (INSERM, CIC, recherche en SHS, autres)
- La gestion administrative de cette action

Les objectifs spécifiques à réaliser

1. Améliorer le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et du sein et mise en place du dépistage du cancer du col
2. Limiter l'incidence des maladies cardio-vasculaires, diabète et AVC
3. Limiter les complications induites par ces pathologies
4. Diminuer le tabagisme en partenariat avec les campagnes nationales
5. Diminuer l'obésité des enfants, adolescents et adultes
6. Diminuer la sédentarité dans la population concernée

Toutes ces actions bénéficieront d'étude d'évaluation à moyen et long terme en fonction d'items précis.

CE QUI EST DÉJÀ EN PLACE

Dans cette section nous voulons montrer ce qui est déjà en place en terme de soins, d'enseignement et de recherche et bénéficiant déjà de l'encadrement universitaire. Ensuite nous monterons les axes de dépassements envisageables de ces activités déjà effectives

De la même manière que l'objectif de la MMG a été de créer une « Communauté de médecins » pour la PDS et la CDS, l'objectif de la MMU est de créer une « Communauté de médecins experts » accompagnée par le tissu de médecins ayant une implication universitaire pour développer la connaissance en Soins Primaires et en Santé Publique.

Utilisation de "l'existant" sur le terrain et création du "nouveau" en utilisant une dynamique de réseaux

L'objectif est de créer une dynamique autour d'un pôle de santé pluridisciplinaire en Soins Primaires en utilisant « l'existant » avec accompagnement universitaire.

Le résultat attendu est la mise en lien de tous les effecteurs de santé publique à partir d'une Organisation des soins primaires territoriale/régionale (fédérer des personnes ressources isolées et/ou des réseaux) :

-les *médecins volontaires*, généralistes, mais aussi spécialistes,
-les autres acteurs paramédicaux en Soins Primaires (diététicienne, psychologue, infirmières, kiné...) ayant une expertise en Santé Publique.

-les *acteurs de réseaux existants* :

- Audiab à Narbonne (Dr JP Olive)
- Croq'santé à Béziers (Dr T Steffanaggi) et Perpignan (Dr J Rambaud depuis le 22.6.08)
- Une Association régionale sur les TCA (troubles des conduites alimentaires) est en cours de constitution dans les pôles de Nîmes (Dr D Costa) et Perpignan (Drs G Bourrel - MG-C.Arnaud-psychiatre)

-les *Associations de malades* impliquées dans des réseaux (ex : 40 associations implantées dans l'hôpital de Perpignan groupées en fédérations)

Mobilisation des ressources humaines de la filière universitaire et utilisation des liens naturels qu'elle entretient avec des équipes expertes

Les ressources humaines en Languedoc-Roussillon liées à la filière universitaire de Médecine générale de la Faculté de Montpellier-Nîmes (les professeurs de médecine générale, les Chefs de clinique de médecine générale, les maîtres de stage, les Internes de médecine générale) peuvent se dédier de la manière suivante :

- 3 Professeurs Associés (PA)
- 2 Maîtres de Conférences Associés (MCA) et 5 postulant
- 1 Chef de Clinique Ambulatoire (CCA) et 2 postulants
- 30 Chargés d'enseignement (MGE)
- 140 Maîtres de Stage (dans 43 lieux de stage) (ECA)

Les praticiens travaillant dans des établissements de soins de proximité intéressés par l'objectif de Santé Publique et impliqués dans des réseaux.

- dans les hôpitaux généraux : certains praticiens hospitaliers se disent intéressés par des liens de travail avec la filière universitaire en terme de formation et de recherche. Ces praticiens souvent impliqués dans des réseaux et/ou à leur origine (ex : diabète, asthme, hépatite...) disent « y voir une ouverture vers le milieu universitaire ».

- dans les hôpitaux locaux : une grande partie de ces établissements implantés dans les « pays » bénéficient déjà de la filière universitaire. Les médecins généralistes qui les font fonctionner sont souvent Maîtres de Stage, donc accueillent des internes en MG. Ils peuvent développer dans ces établissements des actions et des travaux de recherche de Santé Publique (formations, éducation thérapeutiques, participation à des réseaux).

Les activités de formation et de recherche bénéficiant de la filière universitaire

LA FORMATION MÉDICALE INITIALE :

Le Département de Médecine Générale (DMG) oriente ses formations de 3^{ème} cycle de Médecine Générale en fonction des besoins en santé publique. Un des atouts de la formation universitaire à la Médecine Générale est d'avoir une grande capacité de réactivité qui lui permet de répondre rapidement à des besoins émergents. De plus, le travail pédagogique fait en FMI est un trésor disponible pour des formations à thématiques "Santé Publique" qui pourraient être proposées au sein des MMU aux professionnels de santé en activité.

Des équipes pédagogiques thématiques au sein du DMG ayant une expérience ambulatoire de la Santé Publique, de l'urgence et de la PDS ont été constituées au sein du DMG pour plus d'efficacité.

Des enseignements théoriques :

- Éducation thérapeutique : 8 heures de cours
- Interdisciplinarité
- Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : 8 heures
- Communication : 16 heures
- Urgences, organisation des soins : 8 heures
- Addictologie : 10 heures
- Polymédication et personnes âgées : 8 heures

D'autres enseignements portant sur la pathologie du nourrisson, de l'adolescent, de la femme et de la personne âgée sont aussi orientés vers la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique. Ex : « la consultation de prévention de l'adolescent », « la consultation de prévention gériatrique ».

Des enseignements dirigés de 3 heures sur : la nutrition, les facteurs de risque cardio-vasculaire, la précarité, la prise en charge des migrants, les troubles des conduites alimentaires, mieux prescrire les psychotropes, mieux prescrire les examens complémentaires.

Le DMG délivre en 2^{ème} cycle, 40 heures de cours théoriques dans un Module Optionnel : « Rôle du médecin généraliste dans la prévention individuelle et collective ». Objectif : sensibiliser les futurs MG à être acteur de Santé publique, les familiariser aux références disciplinaires

LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE.

Les mêmes équipes pédagogiques thématiques sont mobilisées en formation médicale continue conventionnelle avec des formes pédagogiques adaptées.

Cibles :

Les médecins généralistes installés volontaires :

Là aussi, le choix de ces formations conventionnelles est axé sur les besoins des médecins avec une forte orientation Santé Publique et EPP.

Ex : la « contraception » (juin 2008) « les facteurs de risques cardio-vasculaires », « la prescription des arrêts de travail » (2008), « l'éducation du patient » (2006-2007-2008).

Les professionnels de santé dans le cadre de projets d'éducation thérapeutique soutenus par la MMU :

Formation des médecins et des paramédicaux à l'éducation thérapeutique à partir de formateurs de niveaux 2 dans le champ de l'éducation sur des projets spécifiques (appel d'offre CNAM -2008 juin)

Des Groupes de Pairs animés par des enseignants de Médecine Générale se substituent aux actions de Formation Médicale Continue habituelles ou se cumulent avec elles. C'est un lieu de confrontation des pratiques à partir des références de la discipline où l'on peut faire passer les messages de Santé Publique.

Y assistent les médecins généralistes volontaires (groupes de 15) avec des Internes de MG qui y viennent avec leur Maître de stage.

LA RECHERCHE

La constitution de la communauté de médecins au sein des MMU est "l'opportunité" de dynamiser la recherche en Soins Primaires aujourd'hui peu développée.

L'appui conceptuel et technique de la filière universitaire est indispensable à la production de la connaissance sur l'existant et à la définition d'objectifs des actions en santé.

Le recueil des données :

capacité à recueillir une information épidémiologique :

- recueil de données épidémiologiques (résultats de consultation) à partir des consultations en MMG
- constitution d'une base de données à partir de situations cliniques en soins primaires (en cours : thèse Fayad Ghassan-Directeur : Dr JP Sastourné, MGE, Ille /sur/Yet)
- participer à la veille sanitaire : recueil de données épidémiologiques (GROG)

capacité à dynamiser des réseaux :

La dynamique communautaire peut permettre de décliner les réseaux existants d'une MMG à une autre :

ex implantation de Croq'santé de Béziers à Perpignan (juin 2008)

capacité à répondre aux appels d'offre de recherche :

Utilisation et dynamisation des réseaux existants (Epicard, Diabète, Asthme, PR, Air-Air) ex : à l'occasion d'un appel d'offre de la CNAM sur l'éducation thérapeutique en Médecine Générale (juin 2008), pris en charge DMG-CRES, il est prévu la mobilisation des réseaux existants. Elle se fait à partir des MMU

L'analyse de données à partir du Pôle Recherche du DMG :

Une analyse de données épidémiologiques, statistiques mais aussi qualitatives, permettant une information globale et complète, sont les objectifs du DMG. Des équipes de recherche au sein du DMG travaillent sur des axes choisis par le DMG de la Faculté de Montpellier-Nîmes :

- Éducation thérapeutique (Michel David, E de Roffignac, JP Olive, G Bourrel, P Munck)
- Sciences Humaines et Sociales : Dr Bourrel, J Cohen-Scali, A Isambert, JC Gaston)
- Organisation des soins et évaluation en santé (B Méric)
- Analyse qualitative (G Bourrel, M David, A Isambert)
- Ingénierie de la santé (T Stefanaggi)
- Système d'information et informatique professionnelle (B Méric, L Aigle).

La production de connaissance :

La filière universitaire est à l'origine de plusieurs thèses de Médecine Générale couvrant le champ des Soins primaires et la réflexion sur l'enseignement du métier de médecin généraliste, qui n'auraient pu se faire sans l'encadrement des universitaires généralistes.

Amener le médecin à mieux connaître sa patientèle et son parcours de soins, à mieux connaître ses pratiques, à mieux connaître la situation sanitaire du territoire dans lequel il travaille, sont les axes de recherche de nombreuses thèses dirigées par des généralistes de la filière universitaire

Citons en quelques unes pour exemple:

« *Évaluation du réseau des médecins correspondants du SAMU de Cerdagne-Capdr* » (Dr M Allouane-Taleb, 2003)

« *Analyse et propositions à propos de la formation initiale des médecins généralistes en éducation pour la santé des patients* » (Dr E de Roffignac-février, 2006)

« *Impact de la féminisation sur l'exercice médical* » (Dr J Lenormand-Desasy, 2006)

« *Patients consultants pour des motifs de Médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de PERPIGNAN aux heures de PDS et leur parcours de soin* » (Dr C Pujol, 2007)

« *A propos des perspectives professionnelles des étudiants inscrits en 3^e cycle de MG* » (Dr M Méric, nov 2007)

« *Déterminants de prescription des antiagrégants plaquettaires (plavix versus kardégic) dans l'Artérite des Membres Inférieurs en Médecine générale* » (Dr JL Chanéac, 2008)

Les partenaires de la recherche:

De par sa position intermédiaire entre le milieu hospitalier universitaire et le milieu ambulatoire, la MMU pourra bénéficier des relations naturelles que ses membres entretiennent déjà avec les structures de recherche clinique et en Santé publique.

- **le Département de Médecine Générale facultaire** (DMG) dont sont issus tous les Enseignants de Médecines générales

- **le Comité Régional d'Éducation à la Santé** (CRES) qui participe à un grand nombre de formations en Éducation thérapeutique régionales et nationales et qui mènent des actions de Santé Publique. **Les Comités Départementaux d'Éducation à la Santé** (CDES) peuvent être également des partenaires de proximité pour les MMU.

- **l'INSERM pour la recherche clinique**. Le DMG entretient avec cette structure des liens de plus en plus étroits pour l'aide à la recherche en soins primaires sur des objectifs communs (en particulier en Santé mentale) à partir de thèses de médecine générale.

Exemples de thèses menées en commun avec l'INSERM :

« *La prescription des psychotropes en Médecine générale* » (Dr MC Reboul, 2005)

« *Le parcours de soin des patients schizophrènes* » (Dr E Rivoiron, 2008)

La mise en place des MMU peut étendre les partenaires de la recherche à tous les praticiens d'Établissements de soins en particuliers les praticiens hospitaliers

CE QUI PEUT ÊTRE MIS EN PLACE DANS LES MMU

des consultations en Médecine Générale spécifiques de Santé Publique

Les axes de développement de la MMG vont se concentrer sur les actions de Santé Publique, champ d'activité inscrit dans la définition de la Médecine Générale (WONCA). C'est dans ce domaine que **la mutation de MMG en MMU prend toute sa dimension**.

On peut décliner ces axes de développement en « consultations spécifiques de Médecine Générale » :

- la consultation de prévention-dépistage
- la consultation d'éducation thérapeutique
- la consultation de précarité

Les consultations de dépistage, de prévention Les consultations d'éducation thérapeutique

Le pourcentage insuffisant des populations répondant aux campagnes départementales témoigne des limites de ces procédures (pénétration moyenne de 50% des tranches d'âge pour le dépistage du K du sein). Le fait que les stratégies départementales de dépistage systématique ciblées se superposent à des stratégies individuelles, donc touchant les mêmes personnes incite à une modification des stratégies de couverture préventive et de dépistage. De nouvelles stratégies à l'échelle d'une patientèle d'une communauté de MG disposant d'une base de données dédiée à la prévention, doivent être expérimentées et évaluées. Ce rôle peut être dévolu aux MMU.

MODALITÉS GÉNÉRALES

Cette consultation est proposée à tout patient âgé de 50 à 74 ans gratuitement auprès de son médecin généraliste traitant tous les trois ans et a pour but :

1. Connaître son dernier dépistage organisé dans le cadre du DPO du cancer du colon, du sein, du col pour les femmes
2. Évaluer l'état nutritionnel, dentaire, cognitif,
3. Dépister précocement des pathologies chroniques émergentes
4. Mettre à jour le calendrier vaccinal
5. Évaluer le poids (IMC), les conduites à risque, les modes de vie, les facteurs de risque cardio-vasculaires
6. Faire un diagnostic éducatif

Cette consultation doit être gratuite pour le patient et effectuée préférentiellement par le médecin traitant du patient. Dans le cas où le médecin traitant ne serait pas volontaire, la MMU proposera ce type de consultation au patient en accord avec le médecin.

À l'issue de cette consultation est proposé au patient :

Une mise à jour du dépistage, calendrier vaccinal
Une information sur les possibilités et les choix

Un premier plan personnalisé de santé réaliste assorti de propositions éducatives personnalisées (à partir d'un diagnostic éducatif structuré) à mettre en œuvre par et/ou avec son médecin traitant.

Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié de ces actions de prévention, il peut participer à tout ou partie du processus au sein de la MMU. Il peut se contenter d'être le premier maillon de cette action d'éducation, de prévention et de dépistage, mais il peut aussi en être le réalisateur et/ou l'évaluateur.

Les médecins traitants volontaires de la communauté seront formés à cette pratique. Au cas où le médecin traitant n'est pas volontaire pour ces activités, la MMU se substituera au médecin traitant, toujours avec son plein accord. Elle se charge alors de mettre en place les différents programmes éducatifs proposés en accord avec le médecin traitant.

CONSULTATION DE PRÉVENTION DANS LA MMU - PARCOURS DU PATIENT

La phase de mise en œuvre des objectifs personnalisés :

Le patient reçoit de la part de la CPAM l'injonction de se mettre en rapport avec son médecin traitant pour bénéficier d'une consultation de prévention tous les trois ans.

Le médecin généraliste traitant joue un rôle important :
Il examine le patient et rédige la fiche de dépistage, éducation et prévention l'adresse via Internet au coordinateur de la MMU avec un diagnostic éducatif et une proposition pour son patient.

La MMU peut participer à la vérification des objectifs de prévention pour chaque patient qui transite à la MMU dans un rôle de relance.

La phase de stockage de l'information :

Cette fiche est placée par le logiciel communautaire en ligne dans une base de données dédiée à cet effet et sécurisée.

Cette fiche établie par le médecin consultant (le Médecin traitant ou un MG de la MMU) est partagée avec le médecin traitant s'il est différent du consultant, avec le médecin coordinateur de la MMU dans le cadre de sa mission de coordinateur de l'éducation thérapeutique. Le médecin ou le professionnel de santé en charge des actions d'éducation prévues par le plan de santé valide la fiche et négocie avec le patient la mise en place d'un protocole de prise en charge éducatif sous forme de contrat en accord avec le médecin traitant.

La MMU se charge de la mise en place effective administrative et financière de ce protocole éducatif en relation directe avec le patient.

Toutes ces informations et suivis anonymisés présents dans la base de données dédiée à cet effet sont accessibles sous conditions aux membres de la communauté de médecins de la MMU.

La phase d'action d'Éducation thérapeutique :

Il peut être ainsi proposé au patient un certain nombre d'ateliers et de suivi d'éducation tels que :

- Une consultation anti tabac,
Une consultation de prévention-dépistage :
- des facteurs de risque cardio-vasculaires,
 - de la maladie asthmatique,
 - de l'insuffisance cardiaque,
 - des conduites addictives
 - des troubles mnésiques

Ces différentes actions seront prises au sein de la MMU avec des professionnels de santé, médecins généralistes de la Communauté de médecins avec accompagnement de la filière universitaire, infirmières, podologues, psychologues, diététiciennes, Kinésithérapeutes.

Le Chef de Clinique de Médecine générale (CCA) aura une fonction prépondérante d'animation particulière au sein des MMU dans les domaines de la formation des étudiants aux actions et à la recherche en Santé Publique.
Tous ses professionnels de santé auront bénéficié d'une formation spécifique à la fois sur la pédagogie et l'éducation ainsi que sur la thématique proposée.

Ces formations seront assurées par les responsables du CRES et du DMG, puis par les CDES et les MMU suivant le projet d'éducation élaboré dans le Languedoc-Roussillon et les spécialistes hospitaliers ou privés des disciplines concernées. (Cf. appel d'offre CNAM, Juin 2008, en cours de mise en place)

Toutes ces actions seront faites dans l'enceinte de la MMU et gérées par le personnel administratif de cette structure.

CAHIER DE CHARGES DE LA MMU DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET ÉDUCATION

Les besoins matériels sont en principe satisfaits par le volet PDS du projet. Les nouvelles activités universitaires et celles de santé publique justifient surtout de la main d'œuvre supplémentaire, quelques ajustements matériels et des évolutions des systèmes d'information. (voir le volet "plate-forme de service")

MATÉRIEL

Les moyens matériels et bureautiques présents dans la MMG suffiront. Le logiciel métier consultable en ligne doit être choisi et un module santé publique doit être créé.

Les locaux des MMG construites disposent déjà, de lieux dédiés à la formation et à l'éducation des patients. Les MMU et MMG en gestation doivent prévoir d'ors et déjà dans leur cahier des charges des surfaces supplémentaires à visée de formation et de séances d'éducation thérapeutique. Une surface totale de 300 m² pour toutes les activités prévues dans la MMU paraît cohérente.

MATIÈRE

Idem MMU et MMG avec dispositions spécifiques territoriales

MAIN D'ŒUVRE

- Un coordinateur universitaire, qui pourra être un Professeur de Médecine Générale, ou un Maître de Conférences chargé du développement des axes de Santé publique (prévention-dépistage -éducation) sur chaque MMU en utilisant les personnes jouant ce rôle au DMG, dans les Établissements de soins hospitaliers, mais aussi dans les réseaux ou associations de prise en charge d'éducation existants. Le chef de clinique de Médecine générale aura un rôle prépondérant à ses côtés s'agissant de l'encadrement des IMG oeuvrant dans le champ de la Santé publique, et pour l'enseignement et la recherche en Soins primaires.
- Les autres universitaires, les Chargés d'enseignement, les Maîtres de stage : encadrement des internes et des thèses de Médecine générale
- Les Internes en MG et SASPAS : dans des rôles d'éducation à la santé et dans la production de connaissances

- Médecins vacataires et paramédicaux : infirmières, diététiciennes, podologues, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes formés à l'éducation.
- 4 à 5 assistants de santé ou équivalents de permanencières type MMG formés en santé publique

MILIEUX

- Relation avec le DMG, la Faculté et autres disciplines universitaires (SHS)
- Relations avec les hôpitaux (hôpitaux généraux, universitaires, locaux, autres établissements de soins) pour la partie relative à la formation initiale et continue, aux activités en santé publique, d'enseignement et de recherche (conventions)
- Relations avec les collectivités territoriales : formation et production de connaissance
- Relations avec les organismes mutuels et financeurs privés : formation, diffusion d'information en santé, éducation thérapeutique (conventions)
- Relation avec le DMG, la Faculté et autres disciplines universitaires (SHS)

MÉTHODES

Rédaction de conventions avec les partenaires et de protocoles avec les effecteurs

- Protocoles de parcours d'éducation et dépistage du patient et son mode d'accès et rôle de chaque partenaire institutionnel
- Le rôle du MG, de l'infirmière libérale en prévention primaire (protocoles)
- Le rôle des médecins de CHG et CHU en prévention secondaire (protocoles)
- Protocole d'intervention médecins spécialistes et pôles Hospitaliers au sein des MMU
- Protocoles de fiche de dépistage et éducation du patient
- Protocoles de formation des MG et du personnel paramédical aux activités de Santé publique
- Protocoles d'intervention de la Médecine du Travail dans le dépistage et prévention (MG et MMU)

la consultation de précarité

Toute action de prévention-dépistage et éducation doit se concevoir dans un principe d'égalité à l'accès aux soins. Déroger à ce principe ou laisser de côté certains concitoyens ne bénéficiant pas d'un accès facilité au système de soins, pour des raisons diverses, risque de faire échouer ce type d'action de santé publique.

LE PARCOURS

De la même manière que la consultation de dépistage-prévention, la consultation de précarité peut se concevoir comme « opportuniste » à l'occasion d'une consultation médicale dans le cadre de la PDS, soit être programmée, en coordination avec les services sociaux, gratuite, accessible, dispensée au sein de la MMU ou des structures en réseau avec elle avec un objectif global :

action médicale de prévention, de soins et sociale dans un même lieu

La personne serait ensuite remise dans le circuit de soins avec un diagnostic global médico-social. Elle pourrait bénéficier ensuite du concours de l'assistante sociale de secteur qui pourrait faire le lien avec les autres organismes sociaux tels que la CPAM, les ASSÉDICS, l'ANPE, la COTOREP et les différents organismes de formations.

L'intérêt de cette consultation est d'essayer de resocialiser des personnes qui sont aussi des patients à part entière et qui risquent de consulter tardivement avec des pathologies déjà avancées, préjudiciable à l'efficacité des soins.

Cette consultation n'a pas pour but de se mettre en compétition avec les autres offres de soin proposées (médecins généralistes, hôpitaux ou autres centres d'action sociale) mais plutôt d'être un complément permettant à la personne de se réinsérer sereinement dans la vie professionnelle et la société.

Cette consultation peut se mettre en place **au sein des MMU ou des structures en réseau avec elle** en mutualisant leurs moyens et en partenariat avec les différents organismes sociaux.

Elle pourrait aussi ouvrir des consultations de médecine générale de premier recours aux démunis ou aux personnes ayant des difficultés de prise en charge médicale avec la perspective de les réorienter vers une filière de soins classiques.

Dans ce cadre là, on peut penser que les MMU mènent de concert des recherches conjointes ou complémentaires, par exemple sur deux thématiques différentes : la prévention et les aspects sociaux de cette population.

LE CAHIER DE CHARGE DE LA CONSULTATION PRÉCARITÉ

MATÉRIEL

Pas de modification, les cabinets utilisables aux heures de PDS pour la PDS peuvent être utilisés aux autres heures. Cette activité ne paraît pas susceptible des locaux supplémentaires.

MATIÈRE

Idem MMU et MMG avec dispositions spécifiques territoriales

MAIN D'ŒUVRE

Mutualisation des moyens de la MMU en utilisant le même personnel
Idem pour le personnel de la MMU qui feront de façon non discriminatoire de la consultation précarité ou dépistage et prévention éducation, classiques.

Une assistance sociale de secteur responsable, renforcée de stagiaires étudiants assistants sociaux et étudiants de baccalauréat professionnel de secrétariat
Un responsable CPAM ou en relation directe

MILIEUX

Rédaction de conventions décrivant les

- Relations avec les Établissements de Soins publics et privés
- Relations concernant les transports sanitaires collectivités territoriales Organismes mutuels et financeurs privés.
- Relation avec le DMG Facultaire (conventions) et autres disciplines Universitaires (Sciences Humaines et Sociales)
- Relations avec les collectivités territoriales, les communautés d'agglomérations ou de communes.
- Relations avec le Conseil Régional et les Conseils Généraux
- Relation avec la Mutualité Française
- Relations avec l'URCAM et la CPAM locale (conventions)

Relations avec les services des DDASS

Relations avec ANPE, ASSEDIC, organismes professionnels de formation (conventions)

MÉTHODES

Élaboration et rédaction de

- Protocoles de parcours d'éducation et dépistage du patient et son mode d'accès et rôle de chaque partenaire institutionnel
 - Le rôle du MG de l'infirmière libérale en prévention primaire (protocoles)
 - Le rôle du MG infirmière et CHG en prévention secondaire (protocoles)
- Protocole d'intervention médecins spécialistes et pôles Hospitaliers
- Protocoles de fiche de dépistage et éducation du patient
- Protocoles de formation MG et personnel paramédical
- Protocoles intervention de la médecine du travail dans le dépistage et
- Protocoles administratifs spécifiques entre les diverses administrations pour améliorer le parcours social du patient avec liens spécifiques avec les différentes administrations.

L'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS

Les MMU et les structures qui sont en réseau avec elles, et les activités de soins et de santé qui y sont conduites doivent faire l'objet d'évaluation régulière, tant quantitative que qualitative.

9 DECLARATIONS DES CONFLITS D'INTERET

9.1 Activités syndicales et politiques

J'ai été membre actif de l'ISNAR-IMG entre 2002 et 2005. A ce titre, j'ai rédigé la première version de leurs propositions pour la mise en place de la FUMG. J'ai organisé la grève nationale des IMG contre la convention médicale de 2005. A noter que sans préjuger de la situation actuelle, à cette époque, l'ISNAR-IMG était totalement indépendant de toute autre structure syndicale, de tout parti politique et de toute confession religieuse.

Actuellement je suis très engagé dans le syndicat ReAGJIR. Il représente les généralistes remplaçants et jeunes installés, les collaborateurs et les chefs de clinique de médecine générale. Ce syndicat est totalement indépendant de l'industrie pharmaceutique, de toute autre structure syndicale, de tout parti politique et de toute confession religieuse.

Je n'adhère à aucun parti politique

9.2 Liens avec l'industrie pharmaceutique

Dans mes activités à l'ISNAR-IMG, j'ai œuvré à la mise en place d'un partenariat financier entre le laboratoire Sanofi Aventis et l'ISNAR-IMG (2005).

Je n'ai jamais reçu aucune rémunération à titre personnel. Les seuls avantages en nature dont j'ai pu bénéficier étaient quelques objets marketing tel que des stylos. Ils remontent à mon externat.

Depuis 2005, je refuse tout cadeau des délégués de l'industrie pharmaceutique.

Durant mon internat, j'ai sollicité l'aide financière de différents laboratoires pour l'organisation d'événements non scientifiques en milieu hospitalier.

Dans ma pratique de remplaçant, je refuse de recevoir les délégués de l'industrie pharmaceutique. J'honore cependant les rendez-vous pris auprès des médecins que je remplace.

9.3 Autres

Je déclare n'avoir aucun autre conflit d'intérêt

10 TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 :	Plan du rez-de-chaussée de maison-cabinet du Dr Herbert J Hamilton, Toronto, 1906. Source : Archives of Ontario, C 11-1133.....	36
Figure 2 :	Un centre médical pluridisciplinaire à Tortonto en 1922. Source : Ross & Macdonald Fonds Collection.....	37
Figure 3 :	Nombre de généralistes par cabinet de groupe - résultats d'une enquête menée en 2006 en Bretagne	49
Figure 4 :	Part de l'ensemble des consultations et visites concernées par chaque type d'acte effectué – Etude DREES 2002	51
Figure 5 :	Matériel d'exploration des cabinets de médecine générale en France. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 403 médecins généralistes dans l'Ain en 2003.....	51
Figure 6 :	Matériel divers dans les cabinets de médecine générale française. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 403 médecins généralistes dans l'Ain en 2003.....	53
Figure 7 :	Répartition des investigateurs de l'OMG en 2005 – Source : SFMG	56
Figure 8 :	Répartition de l'ensemble des consultations selon leur durée. Etude DRESS 2002	57
Figure 9 :	Répartition des séances selon leur durée et la nature du recours – Etude DRESS 2002.....	57
Figure 10 :	Décomposition de la rémunération des généralistes libéraux – Données CNAMTS 2007	58
Figure 11 :	Comparaison des modes de rémunération des omnipraticiens entre la France et l'Angleterre – Données CNAMTS 2007	62
Figure 12 :	Historique et projection des entrées et sorties d'activités des généralistes en France - Source CNOM	63
Figure 13 :	Evolution des effectifs et de la densité médicale en France - Source : rapport annuel 2004 ONDPS	63
Figure 14 :	Evolution de la composition du temps et de la répartition des tâches lors des consultations en soins primaires - Auteur : Dr M. Amouyal	66
Figure 15 :	Schéma de L'Espace médical partagé.....	79
Figure 16 :	Le carré de White, adaptation de Green et collaborateur - USA 2001.....	121
Figure 17 :	Importance des facteurs de santé sur la mortalité et leur part dans le coût global des soins (187). Source : Dever G.E.A. « An Epidemiological Model for Health Policy Analysis », Soc Ind. Res., 1976. vol. 2, p.465	122
Figure 18 :	Publications françaises de médecine générales référencées annuellement dans la base PubMed depuis 1975. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009	124

Figure 19 :	Littérature française et internationale recensée pour la médecine générale. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009	125
Figure 20 :	Publications annuelles françaises et internationales sur la médecine générale depuis 1975. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009.....	126
Figure 21 :	Part de la publication française dans la littérature internationale sur la médecine générale. Source : Interrogation PubMed en septembre 2009.....	126
Figure 22 :	Exemple de réseaux régionaux de recherche en soins primaire en Angleterre. Les réseaux entourent des regroupements médicaux (PCT) pilotes. Le tout est organisé et financé par le Ministère en charge de la santé	131
Figure 24 :	Projet de CUMG de Languedoc Roussillon - Source : diaporama de présentation du projet	148
Figure 25 :	Plan Utopia – Vue d’ensemble. Plan par Alan Charissou, Modélisation 3D par Alexandre Mauvais	171
Figure 26 :	Plan Utopia – RDC de la maison de soins. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais	172
Figure 27 :	Plan Utopia – Etage maison de soins. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais	173
Figure 28 :	Plan Utopia – RDC de la maison de vie. Plan par Alan Charissou. Modélisation 3D par Alexandre Mauvais	174

11 TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	17
<hr/>	
1 LISTE DES ABREVIATIONS	20
<hr/>	
2 INTRODUCTION.....	23
<hr/>	
3 METHODOLOGIE.....	25
3.1 Généralité.....	25
3.2 Découpage de la problématique	25
3.3 Interrogation des bases de données	26
3.3.1 Méthode d'interrogation	26
3.3.2 Bases de données et moteur de recherche interrogés	26
3.3.3 Liste des mots clés et expressions utilisés pour l'interrogation de PubMed	26
3.3.4 Exemples d'équations de recherche	27
3.3.5 Méthode de sélection des articles	27
3.4 Consultation de sites Internet	27
3.5 Littérature grise	28
<hr/>	
4 DEFINITION ET ELEMENTS HISTORIQUES	29
4.1 Définitions	29
4.1.1 Définitions de la médecine générale.....	29
4.1.2 Définitions des soins primaires	31
4.1.3 Points importants à retenir	32
4.2 Eléments historiques	33
4.2.1 La médecine générale depuis ses origines	33
4.2.2 Où s'est exercée la médecine générale à travers l'histoire ?.....	35

4.2.3	Le retour de la médecine générale à l'université.....	37
4.2.4	La spécialité médecine générale à l'étranger.....	40
<hr/>		
5	PREMIERE PARTIE : QUELS SONT LES BESOINS PREVISIBLES DES UMG ?	42
5.1	Pour exercer la médecine générale	42
5.1.1	Cadre réglementaire régissant le lieu d'exercice des médecins généralistes français	42
5.1.1.1	Introduction.....	42
5.1.1.2	Le cadre législatif.....	42
5.1.1.2.1	Une information importante.....	42
5.1.1.2.2	Le cabinet médical en tant qu'établissement	42
5.1.1.2.3	Le cabinet en tant qu'outil permettant la pratique de la médecine générale	45
5.1.1.2.4	L'organisation du temps de travail.....	47
5.1.1.3	Les recommandations pouvant influencer la structure du cabinet médical	47
5.1.1.4	Synthèse du cadre réglementaire	48
5.1.2	Pratiques actuelles	49
5.1.2.1	Le regroupement entre médecins	49
5.1.2.2	La pluridisciplinarité et l'embauche de personnel administratif.....	49
5.1.2.3	Equipement du cabinet	50
5.1.2.3.1	Matériel médical	50
5.1.2.3.1.1	Généralités.....	50
5.1.2.3.1.2	Le matériel d'exploration.....	51
5.1.2.3.1.3	Le matériel gynécologique.....	52
5.1.2.3.1.4	Le matériel d'examen pédiatrique.....	52
5.1.2.3.1.5	Le matériel cardio-vasculaire.....	52
5.1.2.3.1.6	Le matériel d'urgence	52
5.1.2.3.1.7	Matériel divers.....	53
5.1.2.3.1.8	Equipement relativement complet mais sous utilisé	53
5.1.2.3.2	Matériel informatique.....	54
5.1.2.3.2.1	Encore un équipement sous utilisé.....	54
5.1.2.3.2.2	Les observatoires informatisés et continus des pratiques médicales	54
5.1.2.4	Organisation du temps de travail	56
5.1.2.5	Mode(s) de rémunération	58
5.1.2.5.1	Etats des lieux	58
5.1.2.5.2	Un mode de rémunération qui pose problème	58
5.1.2.6	La pression judiciaire	59
5.1.2.7	Synthèse des pratiques actuelles	59
5.1.3	Évolutions des pratiques	60
5.1.3.1	Les moteurs de l'évolution des pratiques	60
5.1.3.2	Pratiquer la médecine générale telle que définit par la WONCA Europe	60

5.1.3.3	Evolutions des modes de rémunération.....	61
5.1.3.4	S'organiser pour permettre de garantir une offre de soins suffisante et de qualité	63
5.1.3.4.1	Une situation démographique qui forcera les bouleversements organisationnels	63
5.1.3.4.2	Les solutions à l'impasse numérique	64
5.1.3.4.2.1	La rentabilisation du temps médical.....	64
5.1.3.4.2.2	Le transfert d'une partie de l'activité vers d'autres professionnels	66
5.1.3.4.2.2.1	Transfert d'activités de soins.....	66
5.1.3.4.2.2.1.1	Définitions.....	66
5.1.3.4.2.2.1.2	Intérêt de la délégation de tâche.....	66
5.1.3.4.2.2.1.3	La délégation de tâches dans les faits.....	67
5.1.3.4.2.2.2	Transfert de tâches non sanitaires	67
5.1.3.4.2.3	Les regroupements pluri-professionnels et pluridisciplinaires – une solution pour relever le défi de la démographie et de la qualité des soins.....	68
5.1.3.4.2.3.1	Maisons de santé, centre de santé, pôle de santé - définitions.....	68
5.1.3.4.2.3.2	L'intérêt des RPPS.....	69
5.1.3.4.2.3.3	Les critères de qualité d'un RPPS	69
5.1.3.5	Évolution du cadre législatif	72
5.1.3.5.1	La loi européenne	72
5.1.3.5.2	La loi française.....	72
5.1.3.5.2.1	Enfin une définition des soins primaires et des missions des spécialistes en soins primaires	72
5.1.3.5.2.2	L'accès de tous à des soins de qualité	73
5.1.3.5.2.3	La pluridisciplinarité promue et structurée à condition de remplir des contrats d'objectifs	74
5.1.3.5.2.4	Le transfert des tâches	74
5.1.3.5.2.5	La prévention mieux rémunérée	75
5.1.3.5.2.6	Les pratiques innovantes	75
5.1.3.5.2.7	Le changement de gouvernance des soins	75
5.1.3.6	Pratiques innovantes et évolution de l'informatisation de la santé	76
5.1.3.6.1	Développement des outils informatiques.....	76
5.1.3.6.1.1	Introduction	76
5.1.3.6.1.2	Le dossier médical personnel	77
5.1.3.6.1.2.1	Introduction.....	77
5.1.3.6.1.2.2	Les grandes lignes du DMP français	77
5.1.3.6.1.2.3	Synthèse du le projet DMP.....	79
5.1.3.6.1.3	Les autres outils informatiques	80
5.1.3.6.2	De nouvelles pratiques innovantes.....	80
5.1.3.6.2.1	Grâce aux nouvelles technologies	80
5.1.3.6.2.2	Grâce à de nouvelles coopérations.....	81
5.1.3.7	Les attentes des praticiens	81
5.1.4	Conclusion : les besoins prévisibles pour exercer la médecine générale.....	83

5.1.4.1	La création d'un professionnel dédié à l'assistance des médecins	83
5.1.4.2	Pluridisciplinarité, transfert de tâches, collaborations.....	83
5.1.4.3	Les locaux	84
5.1.4.3.1	Pour les praticiens isolés	84
5.1.4.3.2	Pour les RPPS en MDSP	84
5.1.4.4	Equipement médical.....	85
5.1.4.5	L'outil informatique.....	85
5.1.4.6	Mode de rémunération	86
5.1.4.7	Mobilité des patients.....	86
5.1.4.8	Evolution de la pression judiciaire.....	86
5.1.4.9	Organisation du temps de travail	86
5.1.4.10	Déplacement des médecins	87
5.1.4.11	Exercice isolé ou en groupe ?	87
5.1.4.12	La fin de l'exercice isolé ?	87
5.1.4.13	Situation géographique des lieux d'exercices	88
5.1.4.14	Au total : maison de santé pluridisciplinaire et peut-être les centres de santé.....	88
5.2	Pour assumer leurs fonctions universitaires	89
5.2.1	Définitions et éléments historiques	89
5.2.1.1	Etymologies	89
5.2.1.2	Définitions de l'université.....	89
5.2.1.3	Universités et facultés de médecine à travers les âges et de part le monde.....	91
5.2.1.4	Les universités en France	92
5.2.1.5	Histoire de la création des CHU en France	94
5.2.1.6	Éléments importants à retenir	97
5.2.2	Cadre réglementaire des universitaires de la médecine générale	98
5.2.2.1	Le cadre législatif – seule la part universitaire est définie	98
5.2.2.1.1	Le personnel enseignants de médecine générale.....	98
5.2.2.1.1.1	Généralités.....	98
5.2.2.1.1.2	La filière universitaire	99
5.2.2.1.2	Le département de médecine générale.....	100
5.2.2.1.2.1	Avant le DES de médecine générale	100
5.2.2.1.2.2	Fin du résidanat – fin des DMG ?.....	101
5.2.2.2	Et la part soins ?	102
5.2.2.2.1	Le statut des lieux d'exercice des UMG – mono/bi appartenance	102
5.2.2.2.2	Répartition entre part soins et part universitaire – quelles obligations ?	105
5.2.2.2.2.1	Impact de la mono/bi-appartenance.....	105
5.2.2.2.2.2	Est-ce que la FUMG doit s'inspirer de l'expérience la filière des PU-PH ?.....	105
5.2.2.2.2.3	Conclusion	108
5.2.3	Quelques éléments numériques	109
5.2.4	L'enseignement universitaire sur le lieu d'exercice	110

5.2.4.1	Formation médicale initiale.....	110
5.2.4.1.1	Du PCEM à la DCEM1	110
5.2.4.1.2	De la DCEM2 aux ECN, l'« externat »	110
5.2.4.1.3	Le TCEM – spécialité médecine générale.....	111
5.2.4.1.3.1	Stage chez le praticien	111
5.2.4.1.3.2	SASPAS	111
5.2.4.2	Formation médicale post universitaire – le DPC	112
5.2.4.3	Formation des autres professionnels de santé au sein des cabinets des UMG ?.....	112
5.2.4.4	Rôle dans la formation des CCU-MG	113
5.2.4.5	Des outils pédagogiques dans l'enseignement pratique de la médecine	113
5.2.4.6	Les lieux de stage en France et à l'étranger	115
5.2.4.7	Conclusion : quels besoins pour assurer l'enseignement pratique.....	116
5.2.4.7.1	L'accueil des stagiaires	116
5.2.4.7.1.1	L'intendance	116
5.2.4.7.1.2	Une pratique exemplaire pour les yeux des stagiaires.....	117
5.2.4.7.1.3	Le cabinet comme outil pédagogique.....	117
5.2.4.7.2	Le DPC	117
5.2.4.7.3	Au total.....	118
5.2.5	La recherche universitaire sur le lieu d'exercice	119
5.2.5.1	Définition de la recherche en soins primaires	119
5.2.5.2	Pourquoi faire de la recherche en soins primaires ?	120
5.2.5.3	État des lieux de la recherche en médecine générale en France	123
5.2.5.4	La place de la France dans la recherche internationale en soins primaires	125
5.2.5.5	Les freins à la recherche en médecine générale	127
5.2.5.6	Quels sont les effecteurs de la recherche en soins primaires	128
5.2.5.7	Quels sont les outils utilisés pour faire la recherche	129
5.2.5.8	Comment doit évoluer la recherche en médecine générale ?	129
5.2.5.8.1	Lever les freins existants	129
5.2.5.8.2	La création des projets d'études	130
5.2.5.8.3	La recherche au cabinet	132
5.2.5.8.3.1	L'évolution des outils	132
5.2.5.8.3.2	Les acteurs et leurs rôles respectif	132
5.2.5.9	Conclusion : quels besoins pour faire de la recherche ?	133
5.3	Synthèse première partie	134
5.3.1	Introduction	134
5.3.2	Comment devra être organisé le lieu d'exercice des UMG ?	134
5.3.2.1	Un exercice en groupe avec des transferts de tâches (MDSP ou centre de santé).....	135
5.3.2.2	La composition de l'équipe pluridisciplinaire – création de nouveaux métiers	135
5.3.2.3	Mobilité des patients et des médecins.....	136
5.3.2.4	Le matériel.....	137

5.3.2.4.1	Médical.....	137
5.3.2.4.1.1	Obligations légales ou recommandations HAS.....	137
5.3.2.4.1.2	Relevant de l'évolution de la discipline et/ou des missions universitaires.....	137
5.3.2.4.1.3	Relevant de notre réflexion.....	137
5.3.2.4.2	Informatique, télécommunications, multimédia.....	138
5.3.2.4.3	Divers.....	138
5.3.2.5	Les locaux.....	139
5.3.2.6	Situation géographique du cabinet.....	140
5.3.2.7	Statut du lieu d'exercice des UMG.....	140
5.3.2.8	Organisation du temps de travail.....	140
5.3.2.9	Mode de rémunération.....	141
5.3.2.10	La pression judiciaire.....	142
<hr/>		
6	DEUXIEME PARTIE : EXPERIENCES DE LIEUX D'EXERCICE D'UNIVERSITAIRES DE LA MEDECINE.....	144
6.1	Expérience des CHU en France.....	144
6.2	Propositions, projets et expérimentations de lieux d'exercice universitaire en France.....	145
6.2.1	Propositions syndicales et de sociétés savantes.....	145
6.2.1.1	Propositions des représentants des IMG (ISNAR-IMG).....	145
6.2.1.2	Proposition des représentant des enseignants (CNGE/SNEMG).....	145
6.2.1.3	Une autre proposition : le rapport IGAS/IGAENR de 2007 sur la FUMG.....	145
6.2.2	Un projet en Languedoc Roussillon.....	146
6.2.2.1	Généralités.....	146
6.2.2.2	Points importants du projet.....	146
6.3	Synthèse des différentes expériences, propositions et projets.....	149
<hr/>		
7	TROISIEME PARTIE : SYNTHESE ET DISCUSSION.....	151
7.1	Proposition de critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des UMG.....	151
7.1.1	Introduction.....	151
7.1.2	Propositions.....	152
7.1.2.1	Le cadre réglementaire minimal auquel devra répondre le lieu d'exercice des UMG.....	152
7.1.2.1.1	Exercice en groupe avec professionnels assistant le médecin.....	152
7.1.2.1.2	Mobilité des patients et des médecins.....	152
7.1.2.1.3	Le matériel.....	153
7.1.2.1.3.1	Médical.....	153
7.1.2.1.3.2	Informatique, télécommunications, multimédia.....	153
7.1.2.1.4	Les locaux.....	153
7.1.2.1.5	Statut du lieu d'exercice des UMG.....	154
7.1.2.1.6	Organisation du temps de travail.....	154

7.1.2.1.7	Mode de rémunération de la part soins	155
7.1.2.1.8	La pression judiciaire.....	155
7.1.2.1.9	Synthèse du cadre réglementaire minimal	156
7.1.2.2	Compléments indispensables au cadre minimal légal.....	157
7.1.2.2.1	Introduction	157
7.1.2.2.2	Une équipe pluridisciplinaire regroupée dans l'espace	157
7.1.2.2.3	Mobilité des patients et des médecins	158
7.1.2.2.4	Le matériel	158
7.1.2.2.4.1	Médical	158
7.1.2.2.4.2	Informatique, télécommunications, multimédia.....	158
7.1.2.2.4.3	Divers	159
7.1.2.2.5	Les locaux	159
7.1.2.2.6	Situation géographique du cabinet	159
7.1.2.2.7	Statut du lieu d'exercice des UMG.....	159
7.1.2.2.8	Organisation du temps de travail.....	160
7.1.2.2.9	Mode de rémunération de la part soins	160
7.1.2.3	Des pistes de réflexion	161
7.1.2.3.1	La composition de l'équipe pluridisciplinaire.....	161
7.1.2.3.2	Mobilité des patients et des médecins	161
7.1.2.3.3	Le matériel informatique, télécommunications, multimédia	161
7.1.2.3.4	Les locaux.....	161
7.1.2.3.5	Organisation du temps de travail.....	162
7.1.2.3.6	Mode de rémunération de la part soins	162
7.1.2.3.7	La pression judiciaire.....	162
7.1.2.4	Synthèse des propositions.....	163
7.1.2.4.1	L'équipe professionnelle et le type de regroupement.....	163
7.1.2.4.2	Mobilité des patients et des médecins	164
7.1.2.4.3	Le matériel	164
7.1.2.4.3.1	Médical	164
7.1.2.4.3.2	Informatique, télécommunications, multimédia.....	165
7.1.2.4.3.3	Divers	165
7.1.2.4.4	Les locaux.....	166
7.1.2.4.5	Situation géographique du cabinet	167
7.1.2.4.6	Statut du lieu d'exercice des UMG.....	167
7.1.2.4.7	Organisation du temps de travail.....	167
7.1.2.4.8	Mode de rémunération de la part soins	168
7.1.2.4.9	La pression judiciaire.....	168
7.2	Proposition d'un modèle de maison de santé universitaire (Utopia).....	169
7.2.1	Introduction	169
7.2.2	Composition de l'équipe soignante d'Utopia (« intra muros »).....	169

7.2.3	Mode de fonctionnement	170
7.2.4	Les plans	171
7.2.4.1	Plan général d'Utopia	171
7.2.4.2	Rez-de-chaussée de la maison de soins	172
7.2.4.3	Etage de la maison de soins	173
7.2.4.4	Rez-de-chaussée de la maison de vie (internat).....	174
7.3	Discussion	175
7.3.1	Synthèse de notre réflexion	175
7.3.2	Limites	176
7.3.3	Points forts	177
7.3.4	Ouvertures	177
<hr/>		
8	ANNEXES.....	179
8.1	Annexe 1 : Diaporama « Projet régional de création de MMU, véritable CUMG en Languedoc Roussillon ».....	179
8.2	Annexe 2 : Document « L'universitarisation de la Médecine Générale... ce qu'elle apporte à la santé publique ».....	187
<hr/>		
9	DECLARATIONS DES CONFLITS D'INTERET	197
9.1	Activités syndicales et politiques.....	197
9.2	Liens avec l'industrie pharmaceutique.....	197
9.3	Autres	197
<hr/>		
10	TABLES DES ILLUSTRATIONS.....	198
<hr/>		
11	TABLE DES MATIERES	200
<hr/>		
12	BIBLIOGRAPHIE.....	208

12 BIBLIOGRAPHIE

1. **Thomas-Boutillier V.** <http://www.remede.org/documents/article1.html>. <http://www.remede.org/>. [En ligne] 5 Juillet 2007.
2. *Histoire de la médecine générale en France au XXe siècle.* **Albou P.** Galveston, Texas, USA : s.n., 2000. 37e Congrès International d'Histoire de la Médecine.
3. **Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** *Rapport 2006-2007 - Tome 1 - La médecine générale.* 2007.
4. **Europe, Wonca.** *European Definition of family medicine.* 2002.
5. **Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J.** *Question d'économie de la santé n°141 : Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.* IRDES. 2009. p. 6.
6. http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_medicine. <http://fr.wikipedia.org>. [En ligne]
7. **Poirier J.** La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme. *www.persee.fr*. [En ligne] Communications, Année 1992, Volume 54, Numéro 1, Pages 209-27.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1992_num_54_1_1823.
8. **Herzlich C. et coll.** *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France ; Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980.* Paris : Inserm / Doin Editeurs, 1993.
9. **Laroze J.** http://www.docteurdoc.fr/IMG/pdf/dossier_01.pdf. <http://www.docteurdoc.fr>. [En ligne]
10. **Baudry H.** <http://www.smg-pratiques.info/Enterrement-du-Medecin-Referent.html>. <http://www.smg-pratiques.info>. [En ligne] 3 septembre 2007.
11. Loi N°2004-810 relative à l'assurance maladie. *JO.* 13 août 2004.
12. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *JORF.* 11 février 2005.
13. http://ameli.senat.fr/publication_pl/2008-2009/463.html. <http://ameli.senat.fr>. [En ligne] 24 juin 2009.
14. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF.* 22 juillet 2009.
15. **CNGE.** Où sont les médecins traitants de demain ? *Communiqué de presse.* 27 septembre 2005.
16. **Gourdol JY.** <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/hippocrate.html>. <http://www.medarus.org>. [En ligne]
17. **Tabuteau D.** L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary. *Droit Social.* avril 2009, pp. 383-97.

18. Adams AM, Burke S. A Doctor in the House: The Architecture. *Medical History*. 2008, Vol. 52, pp. 163–94.
19. Shumsky NL, Bohland J, Knox P. Separating doctors' homes and doctors' offices: San Francisco, 1881-1941. *Soc Sci Med*. 1986, Vol. 23, 10, pp. 1051-7.
20. Kandel O, Poisson-Ruby S, Gavid B. Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers - Résultats d'une enquête auprès de 183 médecins. *La revue du praticien - Médecine générale*. janvier 2007, Vol. 21, pp. 2-3.
21. Lachaux A. *Rapport sur la médecine générale*. s.l. : La documentation française, 1989.
22. Beylot J. Médecine générale, médecine interne. Des combats aux enjeux partagés. *La Revue de médecine interne*. 2009, Vol. 30, pp. 377–81.
23. Wainsten JP. http://www.medecinegen-creteil.net/IMG/pdf/Histoire_du_college.pdf. <http://www.medecinegen-creteil.net/>. [En ligne] 17 décembre 2008.
24. Renard V. http://www.cnge.fr/printarticle.php3?id_article=941. <http://www.cnge.fr>. [En ligne] 2 avril 2006.
25. IGAS et IGAENR. *Création de la filière universitaire de médecine générale*. 2007.
26. Verfaillie F. FAYRGP - Présentation. www.fayrgp.org. [En ligne] 4 février 2009. http://www.fayrgp.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=13&Itemid=62.
27. Loi N°2008-112 relative aux personnels enseignants de médecine générale. *JO*. 8 février 2008.
28. Décret N°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. *JO*. 30 juillet 2008.
29. Marescaux J. *Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*. 2009.
30. CNE. *Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises*. 1998. Rapport d'évaluation. Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel.
31. History about Vasco Da Gama Movement. <http://www.vdgm.eu>. [En ligne] http://www.vdgm.eu/index.cfm/spKey/about_us.aims.html.
32. Forrest CB, Whelan EM. Primary care safety-net delivery sites in the United States: a comparison of community health centers, hospital outpatient departments, and physicians' offices. *JAMA*. 2000, Vol. 284, pp. 2077-83.
33. République française. Code de la sécurité sociale. www.legifrance.org. [En ligne] 2009. <http://www.legifrance.org/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090912>.
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. <http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf>. <http://www.web.ordre.medecin.fr>. [En ligne] 14 décembre 2006.
35. République française. Code de la construction et de l'habitation. www.legifrance.org. [En ligne] 2009. <http://www.legifrance.org/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20090912>.

36. **URML Lorraine.** <http://www.union-lorraine.org/index.php?headingid=82>. <http://www.union-lorraine.org>. [En ligne] 2008.
37. **République française.** Code du travail. www.legifrance.org. [En ligne] 2009.
<http://www.legifrance.org/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090912>.
38. **Chambre de commerce et de l'industrie de Paris.**
<http://www.environnement.ccip.fr/dechets/fiches/das.htm>. <http://www.environnement.ccip.fr>. [En ligne]
39. **Bitto A.** *Risques juridiques et réglementaires identifiables dans le processus organisationnel de l'exercice médical.* Université Nancy 2 - Faculté de droit, science économiques et gestion. Nancy : s.n., 2009.
40. **DGS.** Circulaire n° DGS/5C/2006/458 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoques. 23 octobre 2006.
41. **Marquiset-Varney D.** *La délégation de tâche en Médecine : étude qualitative par focus groupe auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche Comté.* Université de Franche Comté - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon. Besançon : s.n., 2007. Thèse : Med. N° 07-074.
42. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la permanence des soins en janvier 2009.* 2009.
43. **UNAFORMEC Rhones Alpes.** http://www.unaformec-ra.com/fichiers/2009_fpc/fpc_2009_plaquette.pdf. <http://www.unaformec-ra.com/>. [En ligne] 2009.
44. **HAS - SFTG.** *Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical.* Service des recommandations professionnelles. 2007. Recommandations professionnelles.
45. **Smallwood O.** La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? *Médecine & Droit.* 2006, Vol. 2006, pp. 121-6.
46. **Beauté J et al.** *Baromètre des pratiques en médecine libérale - Résultats de l'enquête 2006 - L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons.* s.l. : IRDES, 2006. Document de travail.
47. **DREES.** Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et résultats.* août 2008, 649.
48. **DREES.** L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats.* novembre 2007, 610.
49. **Le Goaziou MF, Tournoux F.** L'équipement du cabinet médical. *Exercer.* novembre/décembre 2003, 67, pp. 20-6.
50. **IRDES.** Le temps de travail des médecins généralistes - Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé.* juillet, 2009, 144.
51. **DREES.** Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *Etudes et résultats.* juin 2004, 315.
52. **Fraslin JJ.** <http://www.i-med.fr/spip.php?article12>. www.i-med.fr. [En ligne] 27 novembre 2007.
53. **Jégou JJ.** *Rapport d'information sur l'informatisation dans le secteur de la santé.* Commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes, Sénat. 2005. n°62.

54. **Gagneux M, et al.** *Rapport de la mission de relance du DMP*. IGAS. 2008.
55. **GIP-DMP.** *Le Projet DMP - rapport d'activité 2006/2007*. 2006/2007.
56. **CNOM/TNS Sofres.** Les nouvelles technologies et l'exercice de la médecine. www.web.ordre.medecin.fr. [En ligne] avril 2009.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/presse/sondagetic.pdf>.
57. **Protti D.** Comparison of information technology in general practice in 10 countries. *Healthc Q.* 2007, Vol. 10, 2, pp. 107-16.
58. **IRDES.** Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Question d'économie de la santé*. avril 2004, 81.
59. **De Pourville G.** *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche le 31 mai 2006*. . 2006.
60. **Jamouille M, Schellevis F.** Les systèmes d'enregistrement de morbidité en continu en médecine générale en Hollande. <http://www.ulb.ac.be>. [En ligne] 13 octobre 2000.
<http://www.ulb.ac.be/esp/emd/linh.htm>.
61. **Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P.** Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform.* mai, 2008, Vol. 77, 5, pp. 291-304.
62. **Duhot D, et al.** L'Observatoire de Médecine Générale. *PrimaryCare.* 2009, Vol. 9, 2, pp. 41-5.
63. **SFMG.** OMG - Présentation. <http://omg.sfm.org>. [En ligne]
<http://omg.sfm.org/content/reseau/reseau.php?sid=dce4311f65d0acefe8112fb752>.
64. **CEGEDIM.** <http://www.cegedim-logiciels.com/download/thalesonline.pdf>. www.cegedim-logiciels.com. [En ligne] 2004.
65. **Bannwartha B, Logeart I, Vergult G.** Prescription du rofécoxib en pratique médicale courante : résultats d'une enquête française. *La Revue de Médecine Interne.* 710-4 octobre 2004, Vol. 25, 10.
66. **ICOMED.** http://www.icomed.fr/corporate/cegedim_eng/bkl-thales/index.htm.
<http://www.icomed.fr>. [En ligne] 2006.
67. **Mouries R, Tetau JM.** *L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyse et perspectives*. Commission prévention et santé publique, URML Île de France. Paris : s.n., 2007. Dossier de presse.
68. **Commission des comptes de la sécurité sociale.** *Rapport septembre 2008 - Partie 9-3 - Mode de rémunération des médecins généralistes : éléments de comparaison internationales*. Commission des comptes, Sécurité sociale. 2008.
69. **CNAMTS.** <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-le-capi.php>
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-le-capi.php>. www.ameli.fr. [En ligne] 21 août 2009.
70. **de Saint Roman H.** Plus de 8 000 généralistes l'ont déjà signé - Le succès du CAPI ravit les caisses mais mais désespère syndicats et Ordre. *Le quotidien du médecin*. 1 septembre 2009.

71. **Baron RJ, Cassel CK.** 21st-Century Primary Care - New physician roles need new payment models. *JAMA*. 2 avril 2008, Vol. 299, 13, pp. 1595-7.
72. **Duhot D.** Place du médecin traitant dans le dépistage : encore trop paradoxale ! *Le Concours Médical*. 23 juin 2009, Vol. 131, 12, pp. 452-3.
73. **Goroll AH, et al.** Fundamental Reform of Payment for Adult Primary Care : Comprehensive Payment for Comprehensive Care. *J Gen Intern Med*. mars 2007, Vol. 22, 3, pp. 410-5.
74. **Gallois P, et al.** Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. mai 2006, Vol. 2, 5, pp. 223-8.
75. **HAS.** Prendre en charge l'infarctus du myocarde en urgence. *Communiqué de presse*. 12 février 2007.
76. **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.**
<http://www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/Videospetitechirurgie.aspx>
www.fmoq.org. [En ligne]
77. **Karrer M, et al.** Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en oeuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé publique*. mars 2004, 43, pp. 471-86.
78. **HAS.** Éducation thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser. *Recommandations*. Juin 2007.
79. *The role of European general practitioners in cervical cancer screening and its effects on the success of this screening.* **Ruelle Y.** Istanbul : s.n., 2008. Wonca Europe.
80. **Bras PL, Duhamel G.** *Rémunerer les médecins selon leur performances : les enseignements des expériences étrangères.* IGAS. 2008. RM 2008-047P.
81. **Walker HK.** Primary care is dying in the United States : mutatis mutandis. *Medical education*. 2006, 40, pp. 9-11.
82. **Rosenthal TC.** The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care. *JABFM*. septembre - octobre, 2008, Vol. 21, 5, pp. 427-40. 150 références bibliographiques.
83. **Vega A.** *Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux.* DREES. 2007. Document de travail.
84. **Bataillon, et al.** Rapport d'enquête sur les nouveaux modes de rémunération - Baromètre des pratiques en médecine générale. www.urml-bretagne.fr. [En ligne] 28 janvier 2009.
http://www.urml-bretagne.fr/fileadmin/templates/urmlb/public/PDF/Barometre_des_pratiques/Rapport_Nouveaux_modes_de_remuneration.pdf.
85. **Vandercamere T.** *La Maison Médicale Universitaire : Futur centre névralgique de la médecine générale.* UFR Médecine, Université Montpellier 1. Montpellier : s.n., 2008. Thèse : Med.
86. **CNOM.** Communiqué de presse : Atlas de la démographie médicale 2009 : de sérieuses menaces sur l'accès aux soins . www.conseil-national.medecin.fr. [En ligne] 8 septembre 2009.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=presse/article.php&id=162>.
87. **Tabuteau D, Benkimoun P.** *Les nouvelles frontières de la santé - Comment serons-nous soignés demain.* s.l. : Jacob-Duvernet, 2006.

88. **Gallais JL.** Santé 2005 ou l'opportunité manquée de la 4ème révolution ? <http://www.sfm.org>. [En ligne] Janvier 2005. Gallais JL. Santé 2005 ou l'opportunité manquée de la 4ème révolution ?.
89. **Berland Y.** Les CHRU et la pénurie de médecins. www.reseau-chu.org. [En ligne] http://www.reseau-chu.org/_new/question3_chu.htm.
90. **McKinlay J, Marceau L.** When there is no doctor : Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century. *Social Science & Medicine*. 2008, 67, pp. 1481-91.
91. **Bernstein D.** Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre. *Point de repère*. juillet 2008, 17, pp. 1-12.
92. **Newton WP, DuBard CA.** Shaping the Future of Academic Health Centers : The Potential Contributions of Departments of Family Medicine. *Annals of Family Medicine*. septembre - octobre 2006, Vol. 4, supplement 1, pp. S2-S11.
93. **Assurance Maladie.** Les visites à domicile. www.ameli.fr. [En ligne] 15 décembre 2006. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/les-visites-a-domicile.php>.
94. **URML Île de France.** Dossier de presse - Enquête visite à domicile Île de France. www.urml-idf.org. [En ligne] 31 janvier 2006. http://www.urml-idf.org/urml/V_dom/DP_Vdom_060127.pdf.
95. **Landau DA, et al.** Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage*. juillet-août 2007, Vol. 23, 1, pp. 12-5.
96. **Geraghty EM, Franks P, Kravitz RL.** Primary care visit length, quality, and satisfaction for standardized patients with depression. *J Gen Intern Med*. décembre 2007, Vol. 22, 12, pp. 1641-7.
97. **Hutton C, Gunn J.** Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 17 mai 2007, 7, p. 71. disponible à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/71>.
98. **Pestiaux D, Vanthuyne D.** Médecine générale : apprendre à travailler en pluridisciplinarité. *Prescrire*. septembre 2009, Vol. 29, 311, p. 703.
99. **Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB.** Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations ? *Annals of Internal Medicine Volume*. 5 décembre 2006, Vol. 145, 11, pp. 826-34.
100. **Midy F.** *Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires - Revue de la littérature 1970-2002*. CREDES. 2003. Document de travail.
101. **La rédaction d'Impact Santé.** Délégation de tâches : un gain de temps médical de 0,5% à 3,1%. www.impact-sante.fr. [En ligne] 8 octobre 2008. http://www.impact-sante.fr/Pharmacie/Actualites/Delegation_de_taches_-_un_gain_de_temps_medical_de_0_5pourcent_a_3_1pourcent/9/267.
102. **Deleau E.** *Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en Médecine générale : Installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de Médecine générale, sur le mode de la Délégation de tâches-Exemple de la prise en charge du diabète*. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Poitiers. 2005. Thèse : Med.
103. **Lefevre Y.** Soins primaires en Grande Bretagne : le travail en équipe. *Prescrire*. avril 2009, Vol. 29, 306, pp. 304-6.

104. **Romain-Glassey N, et al.** L'unité de médecine des violences : une consultation médico-légale assurée par des infirmières. *Médecine & Droit*. 2009, 2009, pp. 58-61. Lausanne, Suisse.
105. **Holué C.** Pays de santé - Une plate-forme de services pour libérer les médecins de campagne des tâches non médicales. *Le Concours Médical*. 23 avril 2009, Vol. 131, 8, pp. 257-9.
106. **Sigillo-Jendoubi K.** Aide à la démarche qualité des maisons de santé à travers une enquête de satisfaction des patients. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon, Université de Franche Comté. Besançon : s.n., 2008. Thèse : Med.
107. **HAS.** L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. *www.has-sante.fr*. [En ligne] novembre 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocolé_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf.
108. **Chabot JM, et al.** Rencontres HAS 2008 - "Maisons de santé : quel impact sur la qualité de l'offre en santé ?". *www.has-sante.fr*. [En ligne] 18-19 décembre 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/synthesetr15_vvd13-03.pdf.
109. **Vauthier JC.** L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine - Etat des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures - Proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. Faculté de Médecine de Nancy - Université Henri Poincaré, Nancy 1. Nancy : s.n., 2006. Thèse : Med.
110. **CNAMTS.** Maisons de santé pluridisciplinaires - Référentiel national. <http://pagesperso-orange.fr/femasac/>. [En ligne] mars 2007. http://pagesperso-orange.fr/femasac/Ref_nat_CNAM.pdf.
111. **Gruen RL, et al.** Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings 2003. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 4, CD003798.
112. **Simon F.** Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale - Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 2008. CNOM. 2008.
113. **Dupuis C.** Continuité des soins en médecine de ville : Congés, absences : ce que prévoit le projet de décret. *Le Quotidien du Médecin*. 3 septembre 2009.
114. **ISNAR-IMG.** Communiqué de presse : Projet de loi HPST, il s'agit d'avancer. *www.isnar-img.com*. [En ligne] <http://www.isnar-img.com/exercice-professionnel/46-demographie-medicale/358-cdp-22-avril-2009-projet-de-loi-qhopital-patients-sante-territoiresq-il-sagit-davancer-.html>.
115. **Nilsson S, et al.** Computer terminal in the physician's office to assist drug prescription. *Lakartidningen*. 3, mars 1982, Vol. 79, 9, pp. 760-2.
116. **Volle M.** Histoire du PC : technologies importantes. *www.volle.com*. [En ligne] 2001. <http://www.volle.com/ENSPTT/technospc.htm>.
117. **Shekelle P, Morton SC, Keeler EB.** Costs and benefits of health information technology. *Evid Rep Technol Assess*. avril 2006, Vol. 132, pp. 1-71.
118. **McInnes DK, Saltman DC, Kidd MR.** General practitioners' use of computers for prescribing and electronic health records: results from a national survey. *Med J Aust*. juillet, 17 juillet 2006, Vol. 185, 2, pp. 88-91.
119. **Cecchi-Tenerini R, Laffon P, Laroque M.** Evaluation des systèmes d'information des professionnels de santé. IGAS. 2002. Rapport n°2002-142.

120. **Eggertson L.** Canada lags US in adoption of e-prescribing. *CMAJ*. 28 avril 2009, Vol. 180, 9, pp. E25-6.
121. Programme eSanté . *www.sante.public.lu*. [En ligne] 18 aout 2009. <http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/programme-esante/index.html>.
122. **Bourquard K.** Dossier médical partagé ou personnel : situation internationale. *Prat Organ Soins*. 2007, Vol. 38, 1, pp. 55-67.
123. **Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ex GIP-DMP).** Le DMP - Qu'est ce que le DMP. *www.d-m-p.org*. [En ligne] 13 juin 2007. http://www.d-m-p.org/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=161.
124. **IRDES.** Evaluation de l'impact d'un rappel informatique sur la prise en charge de patients diabétiques de type 2. *Question d'économie de la santé*. décembre 2004, 89.
125. **Grall JY.** *Mission de médiation et propositions d'adapation de la permanence des soins*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007.
126. **Åstrand B, et al.** Assessment of ePrescription quality: an observational study at three mail-order pharmacies. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2009, Vol. 9, 8, pp. 1-8.
127. **Lindquist AM, et al.** The use of the Personal Digital Assistant (PDA) among personnel and students in health care: a review. *J Med Internet Res*. octobre, 2008, Vol. 10, 4, p. e31.
128. **Ministère de la santé et des sports.** *Améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients*. 2009.
129. **Salanave B, et al.** Evaluation de l'impact de visites confraternelles avec ou sans examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus exonérés du ticket modérateur. *Pratiques et Organisation des Soins*. avril-juin 2008, Vol. 39, 2, pp. 87-94.
130. **ISNAR-IMG.** *Propositions ISNAR-IMG en vue d'améliorer la répartition des Médecins Généralistes sur le territoire*. 2006.
131. **Marchand O.** *Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie*. Faculté de Médecine de Grenoble, Université Josph Fourier. 2006. Thèse : Med.
132. **CNOM/BVA.** *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel*. 2007. Enquête.
133. **La rédaction de Prescrire.** Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. *Prescrire*. mai 2008, 295, pp. 392-3.
134. **Backer PG, Dalton L, Walker J.** Rural general practionner preceptors - How can effective undergraduate teaching be supported or improved. *Rural and Remote Health*. 28 mars 2003, 3. Online : <http://rrh.deakin.edu.au>.
135. **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.** *www.cnrtl.fr*. [En ligne] <http://www.cnrtl.fr/etymologie>.
136. **Halmagrand CN.** Origine de l'université. <http://books.google.fr>. [En ligne] 1845. http://books.google.fr/books?id=uUZbAAAAQAAJ&dq=%22origine+de+l%27universit%C3%A9%22&p rintsec=frontcover&source=bl&ots=0evafwhB6f&sig=qMt2WBYGgNIIQuMSG5tENcvplms&hl=fr&ei=Z uaqSpf2M42N_AaLyuzABg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#v=onepage&q=&f=false.

137. **Wiktionnaire.** Académie. <http://fr.wiktionary.org>. [En ligne] 31 mars 2009. <http://fr.wiktionary.org/wiki/académie>.
138. **Wikipédia.** Université. www.wikipedia.fr. [En ligne] 1 septembre 2009. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Université>.
139. Université : définition et synonymes. www.mediadico.com. [En ligne] [Citation : 11 septembre 2009.] <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/Universite/1>.
140. **République française.** Code de l'éducation. www.legifrance.org. [En ligne] 2 septembre 2009. <http://www.legifrance.org/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20090911>.
141. **Auguste H, Mathieu R.** Histoire littéraire de la France au moyen âge. <http://books.google.fr>. [En ligne] 1837. http://books.google.fr/books?id=ifcvAAAAMAAJ&pg=PR5&dq=L%E2%80%99Acad%C3%A9mie+palatine&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=L%E2%80%99Acad%C3%A9mie%20palatine&f=false.
142. **Eco U, et al.** *La contribution de la pensée italienne à la culture européenne.* The Making of Europe. Bruxelles : Peeters, 2003. pp. 5-20. Vol. 7, Rapport des actes du colloque "La contribution de la pensée italienne à la culture européenne" tenu à Bruxelles en novembre 2003.
143. **Faculté de médecine de Nancy.** Faculté de médecine de Nancy - Histoire. www.medecine.uhp-nancy.fr. [En ligne] <http://www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/histoire/histoire.html>.
144. **Centre Hospitalier de Châlons en Champagne.** Histoire de l'hôpital. www.ch-chalonsenchampagne.fr. [En ligne] http://www.ch-chalonsenchampagne.fr/administratif/administration/Histoire/histoire_hopital.htm.
145. **Dulieu L.** L'Internat des Hôpitaux de Montpellier - Son origine et son histoire. www.leplaisirdesdieux.fr. [En ligne] Extrait de l' "Annuaire de l'internat des hôpitaux de Montpellier" parue en 1958 - pages 61 à 87. http://www.leplaisirdesdieux.fr/LePlaisirDesDieux/Histoire/BIBLIO/livres/1958_Internat_Montpellier/Internat_Montpellier.pdf.
146. **CNRS/INSERM.** Les réformes de l'enseignement de la médecine à travers les archives du ministère de l'éducation nationale (1905-1970). www.vjf.cnrs.fr/histrecmed/. [En ligne] <http://picardp1.mouchez.cnrs.fr/ensmed.html>. Ce site installé grâce au soutien de l'Inserm et du CNRS est également déposé sur <http://www.vjf.cnrs.fr/histrecmed/> et sur <http://jfpicard.free.fr>.
147. **Picard JF.** Histoire de l'INSERM. infodoc.inserm.fr. [En ligne] février 2003. [http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28\\$AllDocLink%29/pagewebIL%27INH+en+bref?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28$AllDocLink%29/pagewebIL%27INH+en+bref?OpenDocument).
148. Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médical. *JORF*. 26 octobre 2006.
149. Décret N°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. [En ligne] Version consolidée au 5 février 2004, en vigueur le 26 septembre 2009.
150. Décret N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. www.legifrance.gouv.fr. [En ligne] 16 janvier 2004. Version consolidée au 05 mai 2007. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&dateTexte=>

151. **CNGE/SNEMG.** *La Filière de Médecine Générale : son organisation - Proposition de création d'un nouvel Etablissement Public de Santé.* 2006. Proposition faite au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur.
152. **Yahia O.** Etablissement de santé, qui est qui ? *www.hospidroit.net.* [En ligne] 29 octobre 2008. <http://www.hospidroit.net/archives/327>.
153. **Corrigan A.** Les médecins dénoncent une "étatisation" du système de santé. *www.continentalnews.fr.* [En ligne] 19 septembre 2008. Article rapportant les propos de Michel Chassang, président du syndicat CSMF. <http://www.continentalnews.fr/actualite/sante,7/les-medecins-denoncent-une-etatisation-du-systeme-de-sante,3152.html>.
154. **Chiron C.** Faut-il réformer les ECN ? *www.anemf.org.* [En ligne] 13 avril 2009. <http://www.anemf.org/Faut-il-reformer-les-ECN.html>.
155. **Clerc P.** Lettre adressée à Monsieur Kouchner sur la réforme des études médicales. *www.sfm.org.* [En ligne] 24 mars 2002. http://www.sfm.org/actualites/communiqués/lettre_adressee_a_monsieur_kouchner_sur_la_reforme_des_etudes_medicales.html.
156. **Loisance D, Charpentier B.** *Réflexions sur la recherche clinique en France et recommandations de l'Académie nationale de médecine.* Académie nationale de médecine. Paris : s.n., 2008. Compte rendu de groupe de travail. Groupe de travail composé de : Constitué de MM. BERCHE, BOUVENOT, BRICAIRE, CHARPENTIER, CORDIER, COUTURIER, CREMER, HUGUIER, LARCAN, LOISANCE, QUENEAU (Coordonnateur), SASSARD, TILLEMENT..
157. **SNMEG.** L'enseignement de la Médecine Générale est en train d'imploser en l'absence de nouveaux moyens. Pour avoir des Médecins Généralistes demain, il faut un minimum décent pour les former et éviter de les dégoûter ! *Communiqué de presse.* Vincennes : s.n., 13 juillet 2009.
158. Arrêté du 3 juillet 2009 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2009-2010. *JORF.* 7 juillet 2009.
159. **DREES.** Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. janvier 2009, 676.
160. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. *www.legifrance.gouv.fr.* [En ligne] Version consolidée au 8 mai 2007 (version en vigueur au 25 septembre 2009). http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0CCE2FEF3C3D981EC9867C24C6D14304.tp_djo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000006078898&dateTexte=20090926.
161. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *JORF.* 26 mars 1997.
162. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.* 2009/07. Consultable uniquement dans sa version numérisée mise en ligne sur le site internet du ministère.
163. **Vidal M, et al.** Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie Médicale.* 2002, 3, pp. 33-7.

164. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. *JORF*. 14 octobre 2004, NOR : SANP0423091A.
165. **DGS/DES**. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé. *www.sapirimg.com*. [En ligne] avril 2004. <http://www.sapirimg.com/IMG/pdf/040426circorgsaspas.pdf>.
166. **Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires/Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Établissement de CHRU/Conférence des Doyens de Faculté de Médecine**. Conférence des Directeurs Généraux de CHRU – 17/10/02. *www.reseau-chu.org*. [En ligne] 17 octobre 2002. http://www.reseau-chu.org/_new/pdf/Presse021017.pdf.
167. **Cronholm PF, Straton JB, Bowman MA**. Methodology and outcomes of a family medicine research fellowship. *Acad Med*. 84, août 2009, Vol. 8, pp. 1111-7.
168. **Berbé C, Florentin P**. *L'apport de la vidéo dans la supervision des internes de médecine générale en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) - Étude de faisabilité*. Faculté de Médecine, Université Henri Poincaré. Nancy : s.n., 2009. Mémoire de DIU de Pédagogie Médicale.
169. **Berbé C, Florentin P**. *Introduction de la vidéo au sein d'un groupe d'échanges de pratique*. Faculté de Médecine, Université Henri Poincaré. Nancy : s.n., 2008.
170. **Lyle P**. The video component of the MRCGP examination. *British Journal of General Practice*. mars 2003, p. 243. Courrier des lecteurs.
171. **Evans A, et al**. Teaching consultation skills: a survey of general practice trainers. *Med Educ*. mars 2001, Vol. 35, 3, pp. 222-4.
172. **Barrier JH, Garret-Gloaneac N**. Le "staff médical hospitalier protocolisé", un outil pour la formation médicale continue (F.M.C.) et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.). *psydoc-fr.broca.inserm.fr*. [En ligne] http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/EPP/staff_protocol.html.
173. **Grant A, Robling M**. Introducing undergraduate medical teaching into general practice: an action research study. *Medical Teacher*. 2006, Vol. 28, 7, pp. e192-7.
174. **Larsen K, Perkins D**. Review Article - Training doctors in general practices: A review of the literature. *Aust. J. Rural Health*. 2006, Vol. 2006, 14, pp. 173-7.
175. **Brault T**. *Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions de maîtres de stage de la faculté de Rennes*. Faculté de Médecine, Université de Rennes I. 2007. Thèse : Med.
176. **Daaleman TP**. The Medical Home: Locus of Physician Formation. *J Am Board Fam Med*. 2008, 21, pp. 451- 7.
177. **Nugues S**. *Etat de la recherche en médecine générale*. UFR médicale Lariboisière Saint Louis, Université Paris 7 - Denis Diderot. 2004. Thèse : Méd. Etude portant sur la recherche en médecine générale en France.
178. **Cannasse S**. Recherche en médecine générale : principes et réalités. *www.carnetsdesante.fr*. [En ligne] août 2008. <http://www.carnetsdesante.fr/Recherche-en-medecine-generale>.

179. **Druais PL, Chevalier P.** Colloque sur la recherche en médecine générale - Tours - Janvier 2006. *www.cnge.fr*. [En ligne] 15 janvier 2004. http://www.cnge.fr/article.php?id_article=188.
180. **ISNAR-IMG.** La recherche en MG. *www.isnar-img.com*. [En ligne] <http://www.isnar-img.com/dossiers/formation/recherche-en-mg.html>.
181. **Carter YH, Shaw S, Macfarlane F.** Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* février 2002, 81, pp. iii-vi, 1-72.
182. **Levasseur G, Schweyer FX.** La recherche en médecine générale à travers les thèses de médecine. *Santé Publique.* juin 2003, 2, pp. 203-12.
183. **Williamson MK, et al.** Recruiting and retaining GPs and patients in intervention studies : the DEPS-GP project as a case study. *BMC Medical Research Methodology.* 18 septembre 2007, 7, p. 42. L'article est disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/42>.
184. **Rosemann T, Szecsenyi J.** General practitioners' attitudes towards research in primary care qualitative results of a cross sectional study. *BMC Family Practice.* 21 décembre 2004, 5, p. 31. Article disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/5/31>.
185. **Shawa S, et al.** Developing research management and governance capacity in primary care organizations : transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites. *Family Practice.* 2004, Vol. 21, 1, pp. 92-8.
186. **Askew D, et al.** Changing GPs' attitudes to research - Do N of 1 trials hold the key? *Australian Family Physician.* 2008, Vol. 37, 7, pp. 578-82.
187. **Giet D.** Les grands défis à relever en médecine générale. *La Revue de la Médecine Générale.* avril 2008, 252, pp. 154-6.
188. **Door JP.** Rapport sur la proposition de loi adoptée par le Sénat relative aux personnels enseignants de médecine générale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale. 2008. Rapport n°630.
189. **Bernard-Houillin C.** La démarche EBM et la médecine générale : freins, facilitations, besoins en France en 2006 - Etude qualitative auprès de 16 généralistes de Moselle. Faculté de Médecine d'Angers, Université d'Angers. Angers : s.n., 2006. Thèse : Méd.
190. **Cytermann JR.** La mise en place des pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES). IGAENR. 2007. Rapport à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Rapport - n° 2007-079.
191. **Kandel O, Boisnault P.** Recherche en médecine générale, une nécessaire professionnalisation - Compte rendu du 2ième congrès international de recherche en médecine générale. *La Revue du Praticien - Médecine Générale.* 2001, Vol. 15, 537, pp. 96-7.
192. **Jowett SM, et al.** Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *Br J Gen Pract.* mai 2000, Vol. 50, 454, pp. 387-9.
193. **Laude A, Tabuteau D.** *Essais cliniques, quels risques ?* Collection Droit et Santé. s.l. : Presses Universitaires de France.
194. **Themessl-Huber M, et al.** Audio-visual recording of patient-GP consultations for research purposes : A literature review on recruiting rates and strategies. *Patient Education and Counseling.* 2008, 71, pp. 157-68.

195. **Tuomilehto J, Lindström J.** Des essais cliniques confirment qu'il est possible de prévenir le diabète de type 2. *www.diabetesvoice.org*. [En ligne] juin 2003. http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_79_fr.pdf. Diabetes Voice/Juin 2003/Volume 48/Numéro spécial.
196. **InVS.** Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°43. *www.invs.sante.fr*. [En ligne] 12 novembre 2008. http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh_43_2008.pdf.
197. **Inserm - UMR744.** Inserm - UMR744 - thème 1 - Santé publique et épidémiologie des maladies cardiovasculaires. *www.pasteur-lille.fr*. [En ligne] <http://www.pasteur-lille.fr/fr/recherche/u744/theme/theme1.html>.
198. **ISNAR-IMG.** La FUMG - Propositions l'ISNAR-IMG. *www.isnar-img.com*. [En ligne] août 2005. http://www.isnar-img.com/attachments/206_050409-proposition-FUMG.pdf.
199. **Amouyal M.** *Projet Régional de création de Maisons Médicales Universitaires véritable Centre Universitaire de Médecine Générale du LR.* 2008. Diaporama.
200. **Meric B, et al.** *L'universitarisation de la Médecine Générale...ce qu'elle apporte à la Santé Publique - Réalités et perspectives.* CRGE-LR. 2008.
201. **Epstein AJ.** The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations. *Health Serv Res.* 2001, Vol. 36, pp. 405–20.
202. **Assurance Maladie.** Repère - lexique. <http://www.sante.gouv.fr>. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/reperes/lexique.htm.

NANCY, le 13 septembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 15 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 25 septembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Contexte : En 2008 sont parus les textes de loi définissant le cadre universitaire des enseignants-chercheurs de médecine générale. Depuis, toute la profession est dans l'attente de la parution des textes de loi qui définiront le volet soins de leurs activités. Au 6 octobre 2009, ces textes n'ont toujours pas été publiés. **Question** : Est-il possible de proposer des critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des universitaires de la médecine générale (UMG) en France, aujourd'hui mais surtout dans les années à venir ? **Méthode** : Etude de la littérature française et internationale. **Résultats** : Aux vues des lois françaises, des évolutions probables de la pratique de la médecine générale, du contexte démographique, des missions universitaires des UMG et des différentes expériences de lieux d'exercice d'universitaires de la médecine, il est possible d'établir un cadre réglementaire minimal et un ensemble de critères auxquels devra répondre le lieu d'exercice des UMG français de demain. **Discussion** : Les limites de l'étude relèvent du grand nombre des thèmes abordés, de la transposition parfois périlleuse des expériences étrangères et de la dépendance au financement ou non des réformes. Malgré tout, il ressort clairement de cette étude que la médecine générale passe par une crise mondiale. Des réformes profondes sont engagées et la médecine générale de demain devra être bien différente de celle pratiquée jusqu'à présent ; sans quoi elle pourrait disparaître. Pluridisciplinarité, délégation de tâches, transfert de compétence, création de nouveaux métiers, informatisation des pratiques, réorganisation des cabinets et des modes de rémunération sont des solutions apparaissant comme incontournables pour garantir l'avenir de cette jeune spécialité universitaire. Les UMG, en tant qu'élite de la discipline des soins primaires, sont les pionniers désignés de la mise en place de ces nouvelles pratiques.

TITLE IN ENGLISH:

WHAT KIND OF PROFESSIONAL WORKING PLACE FOR ACADEMIC GP'S IN FRANCE ?

Review of international and french literature – Propositions

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2009

MOTS CLEFS :

Soins primaires ; Filière universitaire de médecine générale ; Evolutions des pratiques ; Assistant médical ; Enseignement ; Recherche en soins primaires ; Informatisation de la santé ; Dossier Médical Personnel ; Maison de santé pluridisciplinaire ; Centre de santé

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
