

**Inspection générale de  
l'administration de  
l'éducation nationale  
et de la recherche**

**N° 2007-016**

**Inspection générale  
des affaires sociales**

**N° RM 2007-030P**

**Création de la filière universitaire de médecine générale**

*Rapport présenté par :*

*Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Agnès JEANNET  
et Michel VERNEREY*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Françoise MALLET et Jean-Paul PITTOORS*

*Membres de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche*

**Février 2007**

Résumé du rapport IGAS RM 2007-030P/IGAENR 2007-016, présenté par *Françoise MALLET et Jean-Paul PITTOORS*, membres de l'IGAENR, et *Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Agnès JEANNET et le Dr Michel VERNEREY*, membres de l'IGAS.

---

La constitution d'une filière universitaire de médecine générale est entrée dans une phase cruciale avec la reconnaissance de celle-ci comme discipline de spécialité par la loi du 17 janvier 2002, puis la mise en place du diplôme d'études spécialisées par l'arrêté du 22 septembre 2004.

La définition de statuts aptes à permettre, à court terme, la titularisation des enseignants associés et, à moyen terme, le recrutement des futurs enseignants s'est heurtée à des difficultés lourdes qui nécessitent pour être surmontées un temps de négociation entre les différents acteurs du dossier.

Ces difficultés ont essentiellement trait à la spécificité de l'exercice de la profession de médecin généraliste, médecine de premier recours exercée majoritairement en ville sous statut libéral d'une part, à la place dérogatoire des unités de formation et de recherche (UFR) de médecine dans les universités d'autre part, enfin à l'utilisation, par certains acteurs, de ce dossier comme un levier d'une réforme d'envergure du système de santé (organisation des soins, mode de rémunération et regroupement des professionnels de santé).

***L'examen des différents statuts existants conduit à la conclusion de leur inadaptation aux spécificités de la médecine générale.***

Cette spécificité, caractérisée par une prise en charge continue du malade dans son environnement, n'est pas nouvelle. La mise en place de stages chez le praticien, permettant une mise en situation professionnelle, existe uniquement pour la médecine générale, depuis plus de vingt ans et a fait l'objet de mesures de renforcement successives (stages de troisième cycle, puis stage de deuxième cycle).

Le statut hospitalo-universitaire de médecine est inadapté parce que la médecine générale n'est pas une discipline hospitalière en droit et en fait. Les missions des établissements de santé privés ou publics visées à l'article L 6112-2 du code de la santé publique sont circonscrites « aux soins de courte durée, ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë », alors que la médecine générale, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « s'étend sur des périodes importantes de la vie des patients, sans se limiter à un épisode de recours aux soins ».

Les autres statuts hospitalo-universitaires d'odontologie et de pharmacie correspondent à des professions qui ont, même à temps partiel, un exercice hospitalier, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui de la médecine générale. Par ailleurs, il serait erroné d'assimiler l'exercice de la médecine générale à des disciplines hospitalières telles que la médecine interne et la médecine polyvalente. En outre, la participation de médecins généralistes à la permanence des soins en liaison avec l'hôpital ne transforme pas pour autant la médecine générale en spécialité hospitalière.

Le statut d'enseignant-chercheur permet l'exercice d'une fonction universitaire éventuellement complétée par un exercice libéral, mais n'impose pas une articulation obligatoire entre une activité d'enseignement/recherche et une activité de soins. Or celle-ci constitue le fondement du profil de l'enseignant en médecine générale qui doit disposer d'un corpus de connaissances théoriques et maîtriser une pratique thérapeutique.

Ces constats conduisent la mission à recommander, alors même que ce type de démarche est atypique dans un contexte de réduction des corps dans la fonction publique, la mise en œuvre d'un statut de titulaire spécifique qui réponde aux exigences suivantes :

- exercice obligatoire de la médecine générale ;
- encadrement de la fonction d'enseignement ;
- gestion des emplois et procédures de recrutement comparables aux autres disciplines médicales.

Un délai de 12 à 18 mois est requis compte tenu de la nécessité d'une loi pour porter ces exigences, des procédures consultatives obligatoires et de l'indispensable concertation avec l'ensemble des acteurs.

***A court terme, l'urgence réside dans l'organisation du clinicat pour les internes qui termineront leur diplôme d'études spécialisées à l'automne 2007.***

La mission propose l'élaboration immédiate d'un statut spécifique, indépendant de celui envisagé pour les grades de titulaires, et créant la fonction de chef de clinique des universités (CCU).

Dans l'attente de la modification législative rendant obligatoire l'exercice d'une fonction de soins en médecine générale, elle suggère qu'un protocole national recommande, pour les chefs de clinique en médecine générale, les modalités précises de cette fonction, notamment son volume d'activité et l'exercice en cabinet de groupe.

L'implantation des premiers postes annoncés de CCU devrait, selon la mission, se concentrer sur les départements universitaires de médecine générale (DUMG) disposant d'ores et déjà d'une activité de recherche significative, condition nécessaire pour que les CCU puissent suivre le cursus requis (Master et Habilitation à diriger des recherches-HDR) et constituer le vivier des futurs enseignants titulaires.

La préparation de ce texte constitue la **priorité absolue** sachant que les travaux sur l'ensemble de la filière pourraient se dérouler en parallèle.

***La mission entend souligner des éléments qui faciliteront ou conditionneront le succès de la réforme :***

Un **effort budgétaire**, nonobstant d'éventuels redéploiements en provenance d'autres disciplines, doit être accompli pour constituer la filière universitaire. Des recrutements sur des postes d'associés doivent être préservés pour assurer un encadrement satisfaisant et accompagner la montée en puissance de la filière, compte tenu de l'évolution des effectifs d'étudiants.

Résumé du rapport IGAS RM 2007-030P/IGAENR 2007-016, présenté par *Françoise MALLET et Jean-Paul PITTOORS*, membres de l'IGAENR, et *Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Agnès JEANNET et le Dr Michel VERNEREY*, membres de l'IGAS.

---

La question de la **retraite de fonction publique** des enseignants qui seront titularisés mérite d'être portée à leur connaissance, sachant que certains n'auront pas les quinze années d'exercice requises en tant que fonctionnaire et, sauf rachat de services civils, auront à payer leur rétablissement dans le régime de droit commun.

La situation des **maîtres de stage** qui contribuent à l'enseignement de la pratique médicale mérite d'être revue, non pas en terme de statut, l'association par conventionnement aux DUMG étant satisfaisante, mais en terme de rémunération. Celle-ci n'a pas été réévaluée depuis 1997 et n'est pas assurée de façon lisible et régulière.

Enfin, **l'équilibre économique** de la fonction de soins appelle un suivi attentif par une évaluation en continu dans l'attente des évolutions qui pourraient intervenir en terme de modification des modes de rémunération et d'organisation de l'exercice de la médecine générale. La réduction relative de l'activité libérale induite par des obligations accrues de service universitaire devrait être compensée a priori par le doublement de la rémunération universitaire des enseignants. Cet équilibre devrait être facilité par des modes d'organisation plus adaptés de l'exercice libéral, tels que le regroupement.

En conclusion, la mission souligne que la revalorisation de la médecine générale qui constitue un enjeu fort en terme de qualité et de permanence des soins pour notre pays, ne passe pas par une mesure unique consistant à donner un corps universitaire à la discipline. Même si la filière universitaire y contribuera par le développement d'activités de recherche, gage d'un enseignement plus approfondi et plus adapté, d'autres mesures sont nécessaires concernant les conditions d'exercice du métier.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1- LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET LES ENJEUX.....</b>	<b>4</b>
1.1. LA FILIÈRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE S'EST CONSTITUÉE PROGRESSIVEMENT.....	4
1.1.1 Les années 70 et 80 : une lente implantation universitaire.....	4
1.1.2 Les années 90 : la généralisation des départements universitaires de médecine générale.....	4
1.1.3 Les années 2000 : la médecine générale devient une spécialité.....	5
1.2 LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE CONNAÎT DE FORTES ÉVOLUTIONS.....	6
1.3 LES OBJECTIFS PORTÉS PAR LES ACTEURS SONT CONTRADICTOIRES.....	7
<b>2- QUELLES SOLUTIONS STATUTAIRES POUR LA MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE?.....</b>	<b>8</b>
2.1 LES SOLUTIONS DE TYPE « BI-APPARTENANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES » NE SONT PAS ADAPTÉES AUX ENSEIGNANTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	8
2.1.1 La médecine générale est par définition opposée à la prise en charge hospitalière.....	9
2.1.2 Aucune structure de soins existante n'offre de solution satisfaisante au problème posé.....	10
Les centres hospitaliers : .....	11
Les hôpitaux locaux : .....	11
Les « centres de santé » : .....	11
2.1.3 L'idée de créer une nouvelle catégorie d'établissement de santé présente de graves inconvénients 12	12
2.1.4 Les autres solutions statutaires bi-appartenantes sont également inopérantes.....	13
2.1.4.1 la solution hospitalo-universitaire des disciplines pharmaceutiques.....	13
2.1.4.2 la solution hospitalo-universitaire des disciplines odontologiques.....	13
2.2 LA SOLUTION EST À CHERCHER DANS LE CADRE D'UN STATUT DE TYPE UNIVERSITAIRE.....	14
2.2.1 Le premier élément du statut à élucider est celui du caractère obligatoire de l'activité de soins.....	14
2.2.2 Comment « encadrer » l'exercice de l'activité de soins, rendu obligatoire ?.....	15
2.2.3 Comment encadrer les obligations de service d'enseignement?.....	16
2.2.4 Comment gérer les emplois et les recrutements ?.....	17
2.3 INDÉPENDAMMENT D'UN STATUT POUR LES ENSEIGNANTS TITULAIRES, IL FAUT BÂTIR TRÈS VITE UN CADRE JURIDIQUE POUR LA FONCTION DE « CLINICAT ».....	19
2.3.1 Pourquoi créer un clinicat de médecine générale ?.....	19
2.3.2 L'articulation prioritaire du clinicat de médecine générale avec le cursus Master-Doctorat.....	19
2.3.3 L'élaboration d'un statut spécifique pour l'automne 2007.....	20
2.4 SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS SUR LE STATUT.....	21
<b>3- LES RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES DE LA MISSION.....</b>	<b>23</b>
3.1 LES MODALITÉS D'INTÉGRATION DES ACTUELS ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DOIVENT ÊTRE EXPLICITÉES ....	23
3.1.1 La nécessité d'une procédure et de critères d'intégration incontestables.....	23
3.1.2 Un problème sous-estimé: les droits à retraite des enseignants titularisés.....	24
3.2 LA SITUATION DES MAÎTRES DE STAGE DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE.....	24
3.2.1 Revaloriser la rémunération des maîtres de stage.....	25
3.2.2 Simplifier les circuits de rémunération et mettre au niveau les crédits budgétaires.....	25
3.2.3 Veiller à évaluer la qualité des stages afin d'en réduire l'hétérogénéité.....	26
3.3 LA RÉFLEXION SUR LA FORMATION À LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS UNE PERSPECTIVE DE MEILLEURE ATTRACTIVITÉ DE LA DISCIPLINE DOIT ÊTRE RELANCÉE.....	26
3.4 UN ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE EST NÉCESSAIRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA FILIÈRE.....	27
3.4.1 Une situation actuelle plutôt fragile des départements universitaires de médecine générale.....	27
3.4.2 Les moyens à dégager dans les prochaines années.....	28
3.5 LE PILOTAGE DU DOSSIER PAR LES ADMINISTRATIONS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA SANTÉ DOIT ÊTRE RENFORCÉ.....	29
3.5.1 Du côté du ministère de la santé, la DHOS doit être désignée comme direction chef de file.....	29
3.5.2 Du côté du ministère de l'éducation nationale, les deux directions compétentes doivent davantage travailler ensemble.....	30
3.5.3 La coordination et le dialogue entre les deux ministères doivent être renforcés.....	30
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>31</b>

**Liste des annexes**

- Annexe n°1 : lettre de mission
- Annexe n°2 : note du 22/12/2006 de la mission
- Annexe n°3 : liste des personnes et institutions rencontrées
- Annexe n°4 : liste des sigles
- Annexe n°5 : récapitulatif des positions des acteurs sur la FUMG
- Annexe n°6 : données sur les effectifs des enseignants associés de médecine générale
- Annexe n°7 : enjeux de la recherche en médecine générale
- Annexe n°8 : comparaison des émoluments hospitaliers et de la rémunération libérale
- Annexe n°9 : impact sur les retraites de la titularisation

## Introduction

Par lettre de mission en date du 16 novembre 2006<sup>1</sup>, le ministre de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) de conduire une mission d'étude et de proposition concernant la création d'une filière universitaire de médecine générale.

Mesdames Valérie Delahaye-Guillocheau, Agnès Jeannet et Monsieur le Docteur Michel Vernerey, membres de l'IGAS, et Madame Françoise Mallet et Monsieur Jean-Paul Pittoors, membres de l'IGAENR ont été désignés pour conduire cette mission.

La mission a très vite identifié les fortes attentes sur ce dossier, inscrit dans un calendrier particulièrement resserré ; elle a ainsi souhaité préciser sa méthode de travail, ainsi que les pistes de réflexion qu'elle entendait explorer<sup>2</sup>.

La mission a procédé à des auditions de l'ensemble des acteurs du dossier, tant dans le champ universitaire (conférence des présidents d'université, conférence des doyens de médecine, représentants du Conseil national des universités -CNU-, collègue et syndicat des enseignants en médecine générale, syndicat des internes en médecine générale, sociétés savantes) que dans le champ santé (ensemble des syndicats de médecins et médecins généralistes, Ordre des médecins, CNAMTS, HAS), sans exclure quelques personnalités qualifiées<sup>3</sup>, et avec de nombreux échanges avec les services des deux ministères commanditaires.

Le présent rapport rappelle, tout d'abord, les éléments de contexte et les enjeux du dossier. Il apporte ensuite une analyse des différents scénarii envisagés pour la mise en place de la filière universitaire de médecine générale (FUMG) ; il identifie pour chacun d'entre eux les avantages et inconvénients, ainsi que leur faisabilité. Enfin, la mission a identifié un certain nombre de recommandations complémentaires aux chantiers statutaires.

Par ailleurs et d'un point de vue méthodologique, compte tenu des délais impartis, les investigations n'ont pu porter sur l'état des lieux des départements universitaires de médecine générale (DUMG), ce qui aurait supposé plusieurs déplacements sur le terrain. Elle n'a pas non plus procédé à des chiffrages approfondis des moyens d'enseignement (vacations d'enseignement, rémunération des maîtres de stages, emplois universitaires). D'autres points connexes ont été évoqués sans toutefois pouvoir être développés (attractivité de la profession, régulation entre les filières de 3<sup>ème</sup> cycle).

---

<sup>1</sup> La lettre de mission figure en annexe n°1.

<sup>2</sup> Une note a été adressée au ministre de la santé et des solidarités le 22 décembre 2006, qui figure en annexe n°2.

<sup>3</sup> La liste des personnes et institutions rencontrées figure en annexe n°3 et la liste des sigles utilisés en annexe n°4.

## 1- Les éléments de contexte et les enjeux

### 1.1. La filière de médecine générale s'est constituée progressivement

La médecine générale a graduellement conquis une place institutionnelle dans les facultés de médecine<sup>4</sup>. On peut distinguer trois étapes.

#### 1.1.1 *Les années 70 et 80 : une lente implantation universitaire*

La création des centres hospitaliers et universitaires (CHU) en 1958 avait conduit à une forte valorisation des différentes spécialités d'organe au cours des études médicales, au point que la médecine générale n'y occupait par contraste qu'une place résiduelle. Dans les années 70 naissent des ambitions nouvelles pour l'enseignement de la médecine générale, moins dans les facultés de médecine que dans les premières sociétés savantes de médecine générale qui se créent (SFMG, SFTG<sup>5</sup>).

Après la réforme des études médicales de 1982 -rendue nécessaire par les directives européennes-, qui consacre l'internat comme seule voie d'accès aux spécialités et aux carrières médicales prestigieuses, mais qui affiche pour la première fois l'existence d'une filière de formation de médecine générale (laquelle doit s'accommoder du terme de « résidanat »), le troisième cycle de médecine générale s'ébauche progressivement : il inclut un premier stage de sensibilisation à la pratique au cabinet, qui occupe alors vingt demi-journées, et qui entraîne un premier recrutement de maîtres de stage.

#### 1.1.2 *Les années 90 : la généralisation des départements universitaires de médecine générale*

En 1997, le troisième cycle de médecine générale s'allonge d'un cinquième semestre, lequel est consacré à la médecine générale sous forme d'un stage en cabinet d'omnipraticien (les quatre autres semestres demeurant des stages hospitaliers). Cette réforme est l'occasion pour la médecine générale de prendre véritablement pied à l'université. L'organisation en départements pérennes, dotés de locaux et d'un minimum de moyens et de personnel propres, est progressivement étendue à toutes les facultés. Ces Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) ont l'originalité d'être co-dirigés par un hospitalo-universitaire, le plus souvent interniste, officiellement qualifié de « coordonnateur universitaire », et par un médecin généraliste<sup>6</sup>, nommé maître de conférences ou professeur « associé » de médecine générale, à mi-temps. Ces enseignants associés conservent une activité clinique et assument pour le reste l'organisation et la gestion des stages chez les praticiens (quelque 3000 maîtres

<sup>4</sup> La dénomination de « faculté de médecine » et de « doyen », communément utilisée sera indifféremment employée dans le rapport avec ceux d'unité de formation et de recherche (UFR) et de directeur d'UFR.

<sup>5</sup> Respectivement Société française de médecine générale et Société de formation thérapeutique du généraliste.

<sup>6</sup> Cette co-direction est expliquée par le fait que les enseignants de médecine générale ont un statut d'associé qui ne permet pas la délivrance des titres et diplômes.

de stage), ainsi qu'un volume de quelques centaines d'heures d'enseignements de troisième cycle centrés sur la pratique de médecine générale. Les recrutements d'enseignants de médecine générale nommés sur ces postes se développent, et on en compte aujourd'hui cent vingt-deux sur toute la France<sup>7</sup> ; toutes les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine sont désormais pourvues d'au moins un professeur et un maître de conférences associés.

### ***1.1.3 Les années 2000 : la médecine générale devient une spécialité***

La conquête d'une place à la faculté franchit une étape importante en 2004 avec la suppression du concours de l'internat, la reconnaissance de la spécialité<sup>8</sup> de médecine générale et la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées afférent, à l'instar de l'enseignement de troisième cycle des autres spécialités, si ce n'est une durée d'internat plus courte.

Parallèlement, le nombre de places prévu dans le cadre des épreuves de l'examen classant national conduit à ce que théoriquement la moitié des promotions soient appelées à devenir des médecins généralistes, ce qui ne s'est toutefois pas réalisé lors des premières sessions.

L'aboutissement des efforts des décennies précédentes est très logiquement la demande de création d'une filière universitaire complète de médecine générale, comme il en existe dans les autres spécialités.

L'ouverture d'une option de médecine générale dans une sous-section du CNU (la sous-section 53-01), en 2006, est un pas supplémentaire dans cette direction.

Mais plusieurs difficultés doivent encore être levées, qui renvoient à la fois aux questions de recherche, et de transposition du modèle de référence pour les disciplines médicales, le statut bi-appartenant, aux particularités de la médecine générale.

- concernant la recherche :

Le développement d'une recherche de haut niveau en médecine générale ne peut pas s'envisager sans qu'on constitue précisément une filière universitaire dans cette discipline. Le rapport de M.de Pouvourville<sup>9</sup> expose clairement les conditions de son développement, notamment le caractère essentiel de la création d'enseignants-chercheurs, seuls susceptibles de former des étudiants « à et par la recherche », de structurer, développer et valoriser la recherche en ce domaine<sup>10</sup>.

- concernant l'activité de soins :

<sup>7</sup> Cf annexe n° 6 sur la répartition des enseignants associés dans les UFR de médecine.

<sup>8</sup> L'emploi par le présent rapport du terme de « spécialité » pour la médecine générale découle de la création du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, et ne préjuge pas des autres acceptations qu'il peut avoir (qualification ordinale, nomenclature des actes professionnels).

<sup>9</sup> La mission n'a pas procédé à des travaux supplémentaires sur ce point, en s'en tenant principalement au rapport établi par M de Pouvourville sur la recherche en médecine générale (juin 2006). Cf annexe n°7.

<sup>10</sup> Les quelques tentatives sporadiques menées sous l'égide de l'INSERM et de la CNAMTS sont récentes et ne concernent que quelques postes.

L'autre difficulté majeure tient à la revendication expresse que la nouvelle filière universitaire, qui doit certes être comparable à celle des autres spécialités médicales, ne soit cependant pas adossée à l'hôpital mais exclusivement aux cabinets de médecine générale ambulatoire, compte tenu du mode d'exercice dominant de cette activité médicale. Ceci renvoie au problème de l'évolution de l'organisation de la médecine générale en France, qui constitue le contexte dans lequel s'inscrit la demande statutaire.

## 1.2 La médecine générale en France connaît de fortes évolutions

Parallèlement à sa lente implantation universitaire, la médecine générale a connu des évolutions au cours des dernières années, et a fait l'objet de réflexions récurrentes souvent reprises dans divers rapports<sup>11</sup>.

Les grandes questions auxquelles les décideurs sont confrontés peuvent être résumées ainsi :

- La démographie des médecins généralistes présente un profil inquiétant à court et moyen terme, avec, selon certains scénarii, un déclin du nombre d'omnipraticiens prévu à l'horizon 2025 de 13%<sup>12</sup>, et d'ores et déjà des stratégies des médecins en exercice tendant à restreindre leur pratique d'omnipraticien (« mode d'exercice particulier »-MEP-). Ces tendances apparaissent en contradiction avec le rôle accru que les politiques publiques lui confèrent au sein du système de soins, la réforme d'août 2004 sur l'assurance maladie en étant l'illustration la plus claire ;
- Le système de formation initiale des médecins reste majoritairement axé sur le système hospitalier, avec une absence de sensibilisation à ce mode d'exercice avant le 3<sup>e</sup> cycle pour ceux des étudiants qui optent pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale ; à cet égard la mise en place d'un stage de 2<sup>ème</sup> cycle chez des médecins généralistes, prévue depuis 1997, mais dont la traduction juridique a attendu la fin de 2006<sup>13</sup> constitue à l'évidence une voie prometteuse.
- L'attractivité du métier de médecin généraliste se réduit, comme en témoignent les logiques à l'œuvre dans le cadre de l'examen classant national (ECN), les stratégies d'évitement du métier d'omnipraticien (spécialisation recherchée via des Diplômes d'études spécialisées complémentaires –DESC- désormais accessible aux premiers DES de médecine générale, MEP,...) avec une forte déperdition d'effectifs ;
- Enfin, on ne peut pas passer sous silence les incertitudes sur la cible de notre système de santé à horizon de 20 ans et sur l'articulation des différentes composantes de l'offre de soins entre elles : hôpital, médecine de ville, médecine de 1<sup>er</sup> recours.

Sur l'ensemble de ces questions, certaines d'entre elles sont encore largement pendantes aujourd'hui, et les positions des acteurs, notamment des syndicats sont éminemment diverses, témoignant de la complexité d'un tel dossier.

La mission estime que la question lourde de la revalorisation de la médecine générale ne pourra se faire par le seul truchement de l'Université et de la constitution d'une filière universitaire de médecine générale, certains sujets renvoyant aux conditions d'exercice et

<sup>11</sup> On peut notamment citer les rapports de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS), notamment le rapport 2005.

<sup>12</sup> Source, rapport ONDPS 2005.

<sup>13</sup> Arrêté du 23 novembre 2006.

d'attractivité du métier ; il sera sans doute nécessaire de combiner une action sur les deux champs.

### 1.3 Les objectifs portés par les acteurs sont contradictoires

La complexité du dossier de création de la filière universitaire de médecine générale a sans doute été accentuée au cours des derniers mois par la multiplicité des objectifs poursuivis, parfois contradictoires entre eux, par les acteurs.

On peut les résumer ainsi :

- **la reconnaissance identitaire de la médecine générale** par rapport à la médecine de spécialités au regard de la hiérarchisation au sein de la sphère médicale, que valorise le statut de bi-appartenant ;
- **l'évolution de l'organisation de notre système de santé**, notamment ambulatoire de 1<sup>er</sup> recours, vers un système plus collectif, voire salarié, par analogie avec certains systèmes de santé étrangers ; la filière universitaire serait l'occasion de transformer parallèlement le système de soins ;
- **une adaptation de la formation pratique en médecine générale** en considérant que celle-ci s'acquiert avant tout en dehors de l'hôpital dans des cabinets de ville ;
- **l'émergence d'une médecine générale de qualité** pour répondre aux enjeux d'une prise en charge globale du patient, dont la première étape a été la mise en place du médecin traitant (loi du 13 août 2004).

Tous ces objectifs peuvent présenter des éléments contradictoires entre eux.

Le fait, pour une partie des acteurs d'avoir fait du lien entre la constitution de la filière universitaire d'une part et les éléments relatifs à l'organisation du système de soins d'autre part, une condition *sine qua non* pour avancer, a en réalité contribué largement au blocage du dossier. En outre, le mimétisme paradoxal des médecins généralistes sur l'organisation hospitalière, tout en la récusant par ailleurs, n'a pas peu contribué à l'impasse actuelle.

En définitive, et compte tenu de ces multiples attentes, la mission a retenu, pour la structuration des scénarii possibles, les objectifs suivants :

- imaginer, dans un horizon de relatif court terme, compte tenu des engagements des ministres, des solutions qui ne doivent pas hypothéquer l'avenir dans un sens comme dans l'autre ; ceci signifie que les projets doivent être conçus en fonction de l'organisation actuelle de notre système universitaire comme de notre système de soins ;
- dégager des solutions adaptées aux spécificités de la médecine générale par rapport aux autres spécialités, sans remettre en cause les principes de notre organisation universitaire et ses équilibres ;
- inscrire les solutions dans une perspective de revalorisation de la médecine générale au sein de notre système de soins, pour accompagner les réformes récentes ;
- construire une filière universitaire fondée sur le développement d'une recherche de qualité.

## **2- Quelles solutions statutaires pour la mise en place d'une filière universitaire de médecine générale?**

Il n'y a pas de solution évidente à cette question. Trois paramètres viennent en effet compliquer le dossier : le caractère dérogatoire des UFR de médecine au sein des universités, le caractère dérogatoire du statut des hospitalo-universitaires par rapport aux autres enseignants-chercheurs, la spécificité des médecins généralistes par rapport aux autres médecins.

La mission considère qu'il n'y a aucune solution statutaire simple et rapide qui puisse être mise en œuvre.

### **2.1 Les solutions de type « bi-appartenants hospitalo-universitaires » ne sont pas adaptées aux enseignants de médecine générale**

L'enseignement de la médecine présente en France de grandes spécificités, dont les bases ont été posées en 1958 par l'ordonnance créant les Centres hospitalo-universitaires. Le statut de ces enseignants a été redéfini en 1984 ; sa principale caractéristique est de reposer sur une articulation forte entre les activités d'enseignement et de recherche d'une part, propres à tous les enseignants-chercheurs, et une activité professionnelle de soin d'autre part. L'autre caractéristique forte est que cette activité de soin ne peut s'exercer que dans le cadre hospitalier, l'articulation entre les trois activités d'enseignement, de recherche et de soin ayant été jugée favorisée si elles se réalisaient dans un établissement lui-même investi de cette triple mission, le CHU (et les établissements conventionnés).

Ce cadre très strict s'est imposé à toutes les spécialités médicales enseignées dans les facultés de médecine. L'enseignement de médecine générale, qui s'est développé plus récemment que celui des autres disciplines (cf supra), rentre difficilement dans ce cadre pré-établi : pour l'essentiel, l'exercice de la médecine générale ne se situe pas à l'hôpital, et les hôpitaux n'ont pas pour mission de développer la médecine générale.

Toutes les tentatives faites pour construire un statut de type « bi-appartenant », malgré quelques avantages apparents, ne parviennent pas à surmonter cette difficulté initiale.

### **Avantages et inconvénients d'un scénario bi-appartenant HU**

#### 1- Avantages :

- Pour les personnels concernés, elle aligne la médecine générale sur les autres disciplines médicales et répond donc à une partie de la revendication identitaire sous-jacente (« l'égalité dignité »), et elle permet de créer une filière statutaire complète, titulaires (PU et MCU) et non titulaires (CCU), dotée des mêmes caractéristiques que celle des hospitalo-universitaires actuels : même recrutement, même déroulement de carrière, même rémunération, même juridiction disciplinaire etc....
- Au plan universitaire, la médecine générale demeure dans le cadre dérogatoire découlant de l'ordonnance du 30 décembre 1958, et les UFR médicales conservent leurs prérogatives en matière de révision des effectifs et de modalités de recrutement des personnels.

#### 2- Inconvénients :

- Elle fait entrer des praticiens généralistes et libéraux dans un schéma conçu pour faire venir des spécialistes dans le cadre hospitalier.
- Cette reconnaissance dans un cadre HU d'un exercice libéral fragilise à la fois le statut HU et le statut PH avec le risque de demandes reconventionnelles de ces personnels.
- En termes identitaires, elle apporte une réponse ambiguë aux médecins généralistes, qui certes revendiquent une égale dignité avec les autres enseignants de médecine, mais n'en demeurent pas moins attachés à la forte spécificité de la médecine générale et à son exercice majoritaire en cabinet.

Au plan de la procédure statutaire, il faudrait, en tout état de cause, envisager l'élaboration d'un décret spécifique et non la modification du statut en vigueur pour les HU actuels. Car si les dispositions concernant la carrière universitaire sont relativement faciles à rédiger, un travail d'écriture important (voire impossible, cf infra) reste à faire concernant la description des activités de soin.

Mais surtout, cette solution bute sur la description des activités de soins des enseignants de médecine générale dans le cadre d'un statut qui serait « bi-appartenant ».

Le problème posé se déplace du statut universitaire vers la question du mode d'exercice de la médecine générale, qui, pour entrer dans le moule d'un statut « bi-appartenant », doit pouvoir elle-aussi s'exercer dans le cadre d'une structure « chargée d'une mission de service public ».

#### ***2.1.1 La médecine générale est par définition opposée à la prise en charge hospitalière***

En 1998, l'OMS a donné une définition de la médecine générale. Tout en soulignant que la médecine générale pouvait se développer dans différents systèmes d'organisation des soins primaires (sous statut libéral ou salarié notamment), l'OMS identifie sept critères qui la caractérisent.

**Les sept critères de l'OMS pour caractériser la médecine générale**

- **elle est « continue »** : la médecine générale est centrée sur la personne avant d'être centrée sur la maladie. Elle est fondée sur des relations durables personnelles entre le patient et le médecin. Elle s'étend sur des périodes importantes de la vie des patients, sans se limiter à un épisode de recours aux soins ;
- **elle est « générale »** : elle s'adresse à toute la population sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ou de religion ;
- **elle est « globale »** : la médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé ;
- **elle est « coordonnée »** : le médecin généraliste conseille le patient et l'adresse si nécessaire vers un spécialiste ou un autre professionnel de santé. Il assure la coordination des soins et des prises en charge sociales ;
- **elle est « collaboratrice »** : le médecin généraliste devrait être préparé à travailler avec les autres professionnels et il est souhaitable que le médecin généraliste fasse partie d'une équipe pluridisciplinaire ;
- elle est « **orientée vers la famille** » : en médecine générale, les problèmes individuels sont traités dans leur contexte familial, social et culturel ;
- elle est « **orientée vers la communauté** » : les problèmes du patient doivent être examinés en tenant compte du contexte communautaire local.

Les missions des établissements de santé sont définies par l'article L 6111-2 du Code de la santé publique.

Article L 6111-2 :

« 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....

2°) Des soins de longue durée, comportant un hébergement... »

Ce qui oppose la prise en charge de médecine générale à la prise en charge hospitalière, c'est le caractère continu de la prise en charge du patient, dans son cadre de vie ordinaire, alors que l'hospitalisation concerne la phase aiguë de l'affection et une prise en charge soit brève (court séjour), soit plus longue (soins de suite) mais extérieure au cadre de vie ordinaire.

En conclusion, il n'y a pas de médecine générale exercée au sens de l'OMS dans des établissements de santé publics ou privés parce que ce n'est pas dans les missions de ces établissements de le faire. L'extension à la médecine générale du cadre conçu par l'ordonnance de 1958 pour les autres spécialités supposerait donc l'exercice de la valence de soin dans une structure chargée d'une mission de service public.

### ***2.1.2 Aucune structure de soins existante n'offre de solution satisfaisante au problème posé***

Prenant appui sur le régime des conventions<sup>14</sup>, telles que définies ci-dessus, il est possible de recenser deux types de structures qui seraient théoriquement susceptibles de porter cette valence soins dans un scénario bi-appartenant.

<sup>14</sup> Cette exigence résulte du régime juridique des CHU, régis par deux articles importants : l'article L 6142-1 « les CHU sont des centres de soins, où dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux... » et l'article L 6142-5 « Des conventions peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L 6142-1 ». Les organismes privés conventionnés à ce titre sont des organismes participant au service public hospitalier au sens de l'article L 6161-5.

Il s'agit d'une part des structures énumérées à l'article L 6141-2 : « les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux... », d'autre part des centres de santé conventionnés avec l'assurance maladie régis par l'article L 6323-1 du CSP.

*Les centres hospitaliers :*

Quels que soient leurs panels d'activités (hôpital général de secteur ou centre hospitalier régional), ils présentent l'inconvénient de ne pas être des structures où est exercée la médecine générale (au sens de l'OMS). Il n'y a pas de sens à faire porter une valence de soins par une structure qui exerce un autre métier que celui qui est exercé par les enseignants en médecine générale.

Il serait erroné d'assimiler l'exercice de médecine générale aux disciplines hospitalières, telles que la médecine interne, la médecine d'urgence, la médecine polyvalente, la gériatrie, la pédiatrie, et la psychiatrie, même s'il va de soi que la formation des futurs médecins généralistes suppose que dans leur cursus, ils effectuent des stages dans de tels services ; la maquette actuelle du DES de médecine générale identifie d'ailleurs ces spécialités comme lieux de stages.

En outre, la participation de médecins généralistes à la permanence des soins en liaison avec l'hôpital, ne transforme pas pour autant la médecine générale en spécialité hospitalière.

*Les hôpitaux locaux :*

Ils sont certes plus proches du métier exercé, puisqu'ils constituent des structures de soins ouvertes aux praticiens libéraux qui peuvent y soigner leurs patients sous leur propre responsabilité. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (n° 2006-1640) a introduit la possibilité pour ces structures de recruter des praticiens hospitaliers ou des praticiens contractuels. Le critère d'hébergement qu'assure la structure n'est pas dirimant au regard de la définition de la médecine générale.

Les principaux obstacles du recours à ces établissements sont de deux ordres :

- pour fonctionner, le scénario suppose le transfert de la clientèle sur ces établissements, ce qui est impossible à garantir, compte tenu du libre choix du patient de son médecin.
- en second lieu, il n'y a pas de raison que ces structures existent à proximité du lieu d'exercice des enseignants.

*Les « centres de santé » :*

Régis par l'article L 6323-1 du CSP, les centres de santé sont des structures qui assurent des activités de soins sans hébergement. Ils ne peuvent être créés et gérés que par des organismes sans but lucratif, à l'exception des établissements de santé, et par des collectivités locales. Ce sont des organismes principalement municipaux et mutualistes. Ils sont conventionnés par l'assurance maladie (accord national approuvé le 19 avril 2003), qui garantit le versement d'une dotation censée couvrir les charges fixes.

Si les activités médicales des centres de santé sont compatibles avec la définition de la médecine générale de l'OMS, à la réserve près qu'ils n'assurent pas la continuité des soins de

garde (nuit et week-end), ils demeurent peu nombreux : 396 centres polyvalents et médicaux en 2004.

Les mêmes obstacles que pour les hôpitaux locaux peuvent être mis en avant : présentation de clientèle délicate à opérer et non adéquation entre la situation géographique des structures et les lieux d'enseignement.

Le recours aux centres de santé permet de salarier les enseignants et de conserver le métier ; en revanche, il ne garantit pas une solution générale pour tous les enseignants. De plus, ces structures sont toutes en difficultés financières. En effet les avantages qu'ils procuraient en terme de tiers payant sont aujourd'hui supprimés par les services offerts, d'une part par la carte Vitale, d'autre part par la CMU. Ces centres sont ainsi concurrencés par les cabinets de ville des praticiens exerçant en secteur I. Certains opérateurs se sont ainsi retirés de ce segment de service pour se reporter sur d'autres notamment les services à la personne (dépendance et handicap), plus conformes à leur mission (exemple de la Croix Rouge).

### ***2.1.3 L'idée de créer une nouvelle catégorie d'établissement de santé présente de graves inconvénients***

Afin de contourner les obstacles dirimants du recours aux structures existantes, rappelés ci-dessus, certains ont tenté d'imaginer une structure juridique nouvelle qui permettrait de résoudre le problème. Cette idée est notamment portée par le CNGE. Pour appliquer l'ordonnance de 1958, le projet consisterait à donner un statut hospitalier aux lieux de soins où exercent les enseignants en médecine générale.

Cette option, qui a le mérite de préserver le métier de médecin généraliste, comporte des inconvénients majeurs et n'est pas consensuelle au sein du corps médical.

Le premier inconvénient réside dans la complexité de la construction juridique et à la nécessité de modifier le Code de la Santé publique. Il convient donc d'en apprécier l'opportunité. Le projet oblige à une modification législative à un double niveau : sur l'objet même, c'est à dire les missions, des établissements de santé, en ajoutant un 3° « des soins continus » (reprise de la définition de l'OMS) à l'article L6111-2; puis en créant à l'article L 6141-2, aux côtés des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, une nouvelle catégorie d'établissement public de santé intitulée « CUMG ».

Elle comporte d'autres inconvénients, notamment celui de porter atteinte en profondeur aux modalités d'organisation de la médecine générale : le partage dans l'organisation des soins entre médecine de ville et médecine hospitalière disparaît ; l'étatisation de la médecine générale se profile en donnant un avantage à une démarche d'hospitalo-centrisme, loin d'être consensuelle<sup>15</sup> chez les professionnels de santé ; les structures existantes de prise en charge innovante en médecine générale sont méconnues.

Enfin, la faisabilité de cette hypothèse reste faible : comment se constitue la clientèle de cette structure et comment est assuré son équilibre économique ? Comment se régule la concurrence entre les structures publiques d'enseignants de médecine générale et les structures privées des médecins généralistes non enseignants ?

---

<sup>15</sup> Cf annexe n°5.

La mission considère que cet objectif n'est pas réalisable, car non compatible avec les missions respectives de la médecine générale et des établissements de santé.

#### **2.1.4 Les autres solutions statutaires bi-appartenantes sont également inopérantes**

Pour conclure l'examen des solutions statutaires de type bi-appartenant, il convient d'évoquer les deux schémas statutaires parfois cités dans le débat sur la constitution d'une filière universitaire pour la médecine générale, qui intrinsèquement ne peuvent apporter de solution au problème posé, puisque la valence soins de ces disciplines s'exerce, fût-ce à temps partiel, en milieu hospitalier.

##### *2.1.4.1 la solution hospitalo-universitaire des disciplines pharmaceutiques*

Il faut d'abord rappeler qu'il s'agit d'une évolution statutaire récente (décret du 23 mai 2006) pour des personnels longtemps régis par le statut « enseignant-chercheur » avec cumul d'emploi public dans le cadre du décret du 29 octobre 1936.

Cette option est une « fausse solution », car les personnels concernés ont bien leur exercice professionnel dans le cadre hospitalier, ce qui a permis d'intégrer la modification statutaire dans le cadre même du statut HU du 24 février 1984. Ce n'est donc pas une référence utile pour des praticiens à l'exercice ambulatoire.

On notera le maintien, en parallèle, de la filière « enseignant-chercheur » pour les enseignants de pharmacie qui n'exercent pas d'activité hospitalière et qui demeurent soumis à l'interdiction du cumul avec la profession de pharmacien d'officine, car il ne s'agit pas d'une profession libérale.

##### *2.1.4.2 la solution hospitalo-universitaire des disciplines odontologiques*

Il s'agit là encore d'une « fausse solution », car il n'y a pas de parallélisme avec les médecins généralistes. L'exercice libéral n'est pas permis aux professeurs par le décret n° 90-92 du 24 janvier 1992, qui permet aux maîtres de conférence, comme aux assistants hospitaliers universitaires, d'exercer leur fonction hospitalière à temps partiel <sup>16</sup>, cumulée avec un exercice libéral.

Une analogie avec la situation de la médecine générale peut être mise en avant, puisque ces professionnels de santé peuvent concilier un exercice libéral en cabinet et une fonction hospitalo-universitaire.

Mais la valence soin de ce statut s'exerce bien dans un service hospitalier, même si leur mission est davantage portée sur l'encadrement des étudiants qui délivrent les soins.

---

<sup>16</sup> Ainsi, aujourd'hui, ¾ des 400 maîtres de conférences des universités- praticiens hospitaliers (MCU-PH) en odontologie exercent à temps partiel, de même que la quasi-totalité des 430 assistants hospitaliers universitaires (AHU).

## 2.2 La solution est à chercher dans le cadre d'un statut de type universitaire

Puisqu'elle écarte un statut de type « bi-appartenant », pour toutes les raisons évoquées précédemment, la mission préconise de chercher une solution dans le cadre d'un statut de type « universitaire », solution qui présente les avantages et inconvénients suivants :

### Avantages et inconvénients d'un statut de type universitaire

#### 1°) Avantages

- elle assure une reconnaissance universitaire, qui est l'objectif initial poursuivi.
- le DUMG est consacré comme la « tête de réseau » de la formation, de l'enseignement et de la recherche en médecine générale.
- elle s'inscrit naturellement dans la perspective d'une formation à la médecine générale par la médecine générale
- elle n'affecte pas les équilibres statutaires issus de l'ordonnance du 30 décembre 1958 pour les autres spécialités médicales
- elle est neutre par rapport à la question de l'évolution de l'organisation des soins en médecine générale. C'est une solution adaptée aux modes de fonctionnement professionnels existants (mode d'exercice libéral prédominant, mode d'exercice salarié résiduel), tout en étant compatible avec les évolutions en cours du système de soins primaires. Si celles-ci s'avéraient fortes à l'avenir, rien n'empêcherait d'envisager à nouveau des aménagements statutaires.

#### 2°) Inconvénients

- elle place la médecine générale en marge des autres spécialités médicales. Elle satisfait donc la demande d'une reconnaissance de la spécificité de la médecine générale mais pas la revendication identitaire/égalitaire présentée par certains acteurs.
- elle ne postule rien sur l'articulation des activités d'enseignement et de recherche et de soin, alors que cette articulation est au fondement de l'enseignement médical pour toutes les autres spécialités
- elle pose la question des rôles respectifs de l'UFR médicale et de l'université, dans la gestion des postes, du recrutement et de la carrière de ces enseignants. Le sujet est sensible et renvoie aux intérêts différents des universités et de ses composantes.

Cette solution comporte elle-même plusieurs hypothèses, qui vont de l'application directe du statut des enseignants-chercheurs du 6 juin 1984 à son aménagement ou à l'élaboration d'un statut spécifique.

L'hypothèse retenue dépendra des choix qui seront faits, des caractéristiques que l'on souhaitera donner à ce statut, autrement dit du choix de déroger plus ou moins au statut en vigueur pour les enseignants-chercheurs.

### 2.2.1 *Le premier élément du statut à élucider est celui du caractère obligatoire de l'activité de soins*

Cette obligation, qui figure dans le statut des hospitalo-universitaires, est en effet une profonde originalité par rapport au statut de tous les enseignants-chercheurs, et représenterait donc une dérogation majeure à ce statut.

On pourrait considérer qu'à partir du moment où l'on se rapproche d'un statut d'enseignant-chercheur, il n'y a lieu de se préoccuper que de la partie universitaire, qui est précisément la finalité poursuivie. Au regard d'une préoccupation forte sur la montée en puissance de la recherche, un tel scénario présente de grands avantages, car il « libère du temps » pour la recherche. On pourrait imaginer ne rien dire de l'activité médicale, et simplement l'autoriser comme c'est le cas dans l'actuel statut universitaire, qui soumet les enseignants-chercheurs au droit commun de la fonction publique en matière de cumul (décret du 29 octobre 1936 et

désormais loi du 2 février 2007) ; dans ce cadre, les enseignants sont autorisés à « exercer les professions libérales qui découlent de la nature de leurs fonctions » (art 20. III).

Deux raisons majeures obligent néanmoins à préférer instaurer un lien obligatoire avec l'activité professionnelle de médecin généraliste. D'une part, l'ensemble des acteurs rencontrés a indiqué qu'il y avait un continuum entre la pratique professionnelle de médecine générale, la recherche et l'enseignement. La légitimité à intervenir sur un plan pédagogique s'appuie sur la pratique professionnelle. Les acteurs estiment même, qu'à l'exception de professionnels en fin de carrière qui pourraient avoir abandonné leur pratique et qui pourraient néanmoins poursuivre leurs travaux pédagogiques, il n'est pas envisageable de ne pas lier les deux tout au long de la carrière. D'autre part, si aucun lien n'est fait avec la pratique de la médecine générale, ceci pourrait conduire à ce que les postes soient détournés de leur objet au profit d'autres disciplines. A cet égard, il ne faut pas négliger la demande possible de praticiens hospitaliers (PH) qui souhaiteraient s'intégrer davantage dans l'activité universitaire, ce qu'ils font parfois.

Cette exigence appellera une modification législative, celle de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 modifiée, pour fonder l'obligation de ce cumul.

### **2.2.2 Comment « encadrer » l'exercice de l'activité de soins, rendu obligatoire ?**

Le problème se pose à plusieurs titres :

#### *- son volume*

D'un point de vue quantitatif, il convient d'encadrer l'activité au regard de deux risques. Le premier risque serait d'avoir des professionnels de santé ne pratiquant pas la médecine générale. Les différents interlocuteurs ne s'accordent pas tous sur le niveau minimum d'activité nécessaire, certains évoquant un jour par semaine, d'autres deux, certains allant au-delà encore. Dans d'autres pays pour lesquels la formation universitaire de la médecine générale repose sur cette double fonction, la référence est de un jour par semaine.

Le deuxième risque inverse est celui de consacrer trop peu de temps à l'activité universitaire, même si les textes peuvent prévoir des références de temps d'enseignement (à l'instar du décret enseignant-chercheur du 6 juin 1984). On ne peut exclure en effet le cas d'une recherche de maximisation de revenus, en consacrant un nombre de journées par semaine trop élevé par rapport aux fonctions universitaires.

L'encadrement quantitatif de la fonction de soins pourrait se combiner avec la définition d'un service d'enseignement proprement dit.

#### *- sa rémunération*

Inévitablement, la comparaison qui sera faite par les médecins généralistes portera sur les émoluments hospitaliers dans le cas d'un statut bi-appartenant<sup>17</sup>.

La question économique liée à la réduction d'activité professionnelle pour consacrer davantage de temps aux activités universitaires ne doit pas être négligée, celle-ci s'avérant

<sup>17</sup> Cf annexe n° 8.

sans doute plus facile dans le cas d'un regroupement de praticiens. Mais, pour un actuel professeur ou maître de conférence associé, la comparaison doit aussi intégrer le fait que le revenu universitaire va être doublé par rapport à la situation initiale (sous réserve de la question de la retraite) avec, dans le même temps, une exigence double en termes de temps pédagogique. Même si les données traitées par la mission ne font pas apparaître de distorsion manifeste, l'analyse mériterait d'être affinée. Un suivi attentif par une évaluation en continu devra donc être mis en place en liaison avec la CNAMTS.

- *son effectivité et sa permanence*

Le principe de l'obligation de cumul pose la question de l'effectivité de l'exercice professionnel et des conséquences d'une cessation éventuelle de l'activité de médecine générale.

Sur le premier point, une appréciation par les autorités universitaires, en l'espèce le CNU à l'occasion des promotions et changements de grade, apparaît un instrument de régulation souple pour appréhender des situations individuelles diverses, en nombre vraisemblablement limité.

Le second point appelle sans doute une réponse statutaire. Au-delà de la sanction éventuelle de l'abandon de l'exercice professionnel (cas de cessation automatique des fonctions, motif d'insuffisance professionnelle,...) qui pourrait être complexe à établir, elle pourrait aussi fixer les contours acceptables d'une 2<sup>ème</sup> carrière non libérale dans le domaine de la santé (nature, âge du praticien...).

### **2.2.3 Comment encadrer les obligations de service d'enseignement?**

Le statut universitaire du 6 juin 1984, fondé sur le temps plein au sens du droit de la fonction publique, prévoit, dans son article 7, les « services d'enseignement en présence d'étudiants », à raison d'une référence annuelle à 128 heures de cours ou 192 heures de travaux dirigés ou 288 heures de travaux pratiques ou toute combinaison équivalente.

De son côté, le statut hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre du principe posé par l'article 5 de l'ordonnance du 30 décembre 1958, selon lequel ses personnels « consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche, la totalité de leur activité professionnelle », sauf dérogations de leur statut. Le statut hospitalo-universitaire renvoie dans ce domaine à un arrêté interministériel qui n'est jamais intervenu ; restent les tableaux de service prévus, pour la partie soins, par l'arrêté du 30 avril 2003.

La situation qui prévaut dans ce second cas est expliquée par la « souplesse » d'une triple mission exercée dans des structures organisées (université et hôpital) par des équipes, plus que par des individualités. Le fonctionnement de la médecine générale ambulatoire ne correspond pas à ces caractéristiques, même en cabinet de groupe.

De plus, cette souplesse est de plus en plus critiquée<sup>18</sup> au regard de la nécessité d'évaluation des politiques publiques en termes de performance et de qualité du service rendu.

<sup>18</sup> Cf rapports de la Cour des comptes de 2004 sur les personnels des établissements de santé, et le rapport conjoint IGAS/IGAENR sur l'évaluation des conventions constitutives des CHU (juillet 2004).

C'est pourquoi, à la différence des autres enseignants de médecine, une quantification de l'activité d'enseignement pourrait être justifiée, en relation avec l'encadrement de la fonction soins évoquée ci-dessus.

#### **2.2.4 Comment gérer les emplois et les recrutements ?**

Les choix à opérer mettent en cause les équilibres universitaires entre le régime applicable aux enseignants-chercheurs et celui des hospitalo-universitaires.

- la gestion des postes hospitalo-universitaires

Pour les postes hospitalo-universitaires, elle relève de la compétence des doyens (et des directeurs généraux de CHR) sur la base de l'article 5 de l'ordonnance du 30 décembre 1958, tandis que les postes d'enseignant-chercheur sont de la responsabilité de l'université et donc de son président.

On notera cependant que les postes d'enseignants associés, qui ne procèdent pas formellement de l'ordonnance du 30 décembre 1958, sont demeurés sous la responsabilité des doyens et figurent dans le tableau des effectifs hospitalo-universitaires.

Bien que cette perspective soit de nature à susciter la probable opposition de principe des présidents d'université, la mission préconise d'opter pour une gestion des postes analogue à celle des HU, afin de conserver une approche globale des postes des disciplines médicales.

- le recrutement des enseignants chercheurs

Des divergences importantes existent également entre les médecins et les autres universitaires.

La difficulté ne réside pas au plan national. La compétence des sous-sections du CNU est, en effet, affirmée dans les deux situations, même si leur fonction est différente ; dans le premier cas, elles dressent des listes d'admission, dans le second cas elles établissent des listes de qualification.

En l'espèce, le champ de compétence du CNU, régi par le décret du 22 janvier 1987 (disciplines médicales et odontologiques), permettrait de lui soumettre les recrutements et la gestion des carrières de personnels titulaires de médecine générale. On rappellera qu'une option de « médecine générale » y a été récemment introduite dans le cadre de la 53<sup>ème</sup> section, 1<sup>ère</sup> sous-section.

La mission recommande cependant que soit envisagée, dès que possible, une autonomisation de la discipline, en fonction de la montée en charge des corps universitaires, en assurant, par le biais des nominations, une représentation de disciplines médicales connexes pour mieux ancrer la médecine générale au sein de celles-ci.

La difficulté est plus sérieuse au plan local. En effet, le statut hospitalo-universitaire confère au conseil de l'UFR (et à la commission médicale d'établissement) le soin de formuler un avis sur les candidatures retenues par le CNU, tandis que pour les enseignants-chercheurs la compétence de recrutement relève de commissions de spécialités et d'établissement et du conseil d'administration de l'université.

Il y a là une source de divergence majeure qui met en cause la relation juridique entre les UFR médicales et l'université dont elles sont une composante. Au-delà du litige de principe, une solution de type enseignant-chercheur poserait de délicats problèmes pour la constitution des commissions de spécialistes dans les établissements (seuil, parité PU/MCU) pour une filière statutaire émergente.

Là encore, le souci de cohérence au sein des disciplines médicales doit prévaloir. La mission privilégiée de retenir pour la médecine générale une procédure de recrutement analogue à celles en vigueur pour les autres enseignants de médecine.

De nombreux autres points relatifs à la carrière des enseignants titulaires de médecine générale devront être tranchés pour établir le futur statut : structures et échelonnement des grades, modalités de promotion, positions spécifiques...

Il est, en revanche, un élément où le droit commun universitaire devra prévaloir, sauf à modifier les termes de l'ordonnance du 30 septembre 1958, celui de la juridiction disciplinaire compétente.

En effet, les statuts hospitalo-universitaire et enseignant-chercheur sont fondés sur deux systèmes opposés : principe d'une juridiction nationale, fondé par l'ordonnance du 30 décembre 1958 (article 5) pour les personnels hospitalo-universitaires, principe de compétence du conseil d'administration (en section disciplinaire) avec appel devant une instance nationale pour les enseignants-chercheurs. La spécificité du statut hospitalo-universitaire résulte essentiellement de la bi-appartenance. Elle n'apparaît pas fondée pour des personnels universitaires monovalents qui pourraient ainsi être soumis au droit commun en la matière qui résulte de la loi du 26 janvier 1984 (article 29).

L'indispensable articulation entre la fonction universitaire et la fonction soins, l'absence de solution pour les personnels non titulaires, comme la remise en cause qu'il impliquerait dans les équilibres entre l'université et les unités de formation et de recherche médicales, notamment pour la gestion des postes et les procédures de recrutement, font ressortir que le statut des enseignants-chercheurs n'est pas applicable en l'état.

Compte tenu des éléments qui précèdent, la mission considère que, plus que des aménagements au statut des enseignants-chercheurs, la solution relève de l'élaboration d'un statut spécifique aux universitaires titulaires de médecine générale, prenant appui, chaque fois que possible, sur les dispositions applicables aux autres enseignants des disciplines médicales. Ce statut pourrait, au demeurant, représenter une étape dans le développement de la filière universitaire de médecine générale, en attendant d'éventuelles évolutions de l'organisation des soins.

Si la concertation nécessaire à son élaboration peut être engagée sans délai, son intervention sera conditionnée par la modification législative fondant l'exercice obligatoire de la fonction soins et les procédures consultatives obligatoires. De ce fait, l'objectif réaliste pour sa mise en œuvre est sans doute la rentrée 2008.

Compte tenu de ce délai, l'hypothèse consistant à titulariser des enseignants associés sur la base du statut enseignant-chercheur existant présente des risques majeurs, celui de s'inscrire dans des procédures de gestion des postes et de recrutement de type universitaire, celui de ne

pas encadrer la fonction soins, et enfin celui de risquer potentiellement de laisser perdurer une telle situation au-delà de l'objectif immédiat.

## **2.3 Indépendamment d'un statut pour les enseignants titulaires, il faut bâtir très vite un cadre juridique pour la fonction de « clinicat »**

Elle représente une priorité dans la mise en œuvre de la filière universitaire de médecine générale : un dispositif juridique satisfaisant doit être mis au point pour l'automne 2007, date de sortie de la première promotion d'internes du nouveau DES.

### **2.3.1 Pourquoi créer un clinicat de médecine générale ?**

La recherche d'un parallélisme avec les autres spécialités médicales est un argument fort, mais pas suffisant. En effet, la fonction de chef de clinique, qui revêt une importance particulière dans le cadre hospitalier, tant pour le fonctionnement des services que pour l'encadrement pédagogique des internes, n'aura pas d'équivalent dans les cabinets médicaux. Ceux-ci constituent des structures plus petites et surtout comprennent déjà des médecins maîtres de stage, dont le rôle est précisément d'encadrer les étudiants en médecine et de les former à la médecine générale. La question de l'opportunité de la fonction de clinicat en médecine générale peut donc être posée.

Une des réponses possibles est d'implanter ces postes dans des services hospitaliers, là où le besoin le justifie. Cette pratique constituerait une solution de facilité, surtout utile aux services hospitaliers et aux généralistes soucieux de préparer leur reconversion. La mission pense qu'il faut écarter cette solution qui n'est pas dans l'intérêt de la filière de médecine générale. Les chefs de clinique doivent pratiquer la médecine générale là où elle s'exerce, ce qui exclut le cadre hospitalier.

La mission estime que si la fonction de chef de clinique en médecine générale est utile, c'est pour mettre l'accent sur l'une des trois missions du clinicat, le développement de la recherche. Il doit être mis à profit pour mettre l'accent sur la formation à et par la recherche, qui est aujourd'hui le maillon faible de la filière universitaire de la médecine générale.

### **2.3.2 L'articulation prioritaire du clinicat de médecine générale avec le cursus Master-Doctorat**

Un des enjeux importants pour le développement de la discipline de médecine générale, une fois réglé le problème statutaire, sera de développer une recherche dont la qualité soit reconnue par le milieu universitaire. De toutes les missions assumées par les enseignants chercheurs, la recherche est à la fois la plus valorisante (dans la carrière) et la plus exigeante (évaluation par les pairs, au niveau national voire international, en milieu totalement ouvert et concurrentiel). Pour les médecins généralistes, la difficulté de la tâche à accomplir dans les années à venir ne doit pas être masquée. L'institution doit les y aider, et elle peut le faire de différentes façons. Les propositions du rapport de M. de Pourville sur le développement de la recherche en médecine générale sont à cet égard très pertinentes<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Cf Annexe n° 7.

Concernant plus précisément le clinicat, le rapport fait des propositions auxquelles la mission adhère. Cette fonction doit être l'occasion de préparer le vivier des futurs maîtres de conférences et professeurs de médecine générale. Les procédures de recrutement qui se généralisent, y compris dans les disciplines cliniques, prévoyant désormais que les maîtres de conférences soient titulaires d'un doctorat de sciences (et a fortiori les professeurs), il faut permettre à de jeunes médecins généralistes d'acquérir ce titre, sans se cacher la difficulté de l'exercice.

Le parcours universitaire à suivre doit être bien expliqué aux jeunes internes, car il est très long, et devra s'anticiper si possible dès le deuxième cycle des études médicales.

Même si les études médicales ne sont pas encore bien articulées avec le cursus LMD, le cursus lui-même est bien établi.

#### **le « parcours » recherche**

De nombreux jeunes médecins engagent un master-recherche<sup>20</sup> au cours de l'internat, après avoir obtenu une maîtrise de sciences (demain, une première année de master) au cours du deuxième cycle. Une fois titulaires de ce master-recherche, les étudiants commencent une thèse de sciences, généralement pendant le clinicat. Tout ceci se fait en parallèle et indépendamment de l'obtention des titres nécessaires à l'exercice professionnel de la médecine. Les diplômes du master et de la thèse sont délivrés par l'université.

Les procédures de financement de cette année de master sont nombreuses, la mission renvoie au rapport de M. de Pourville qui les décrit, en attirant l'attention sur la précocité avec laquelle les internes intéressés doivent présenter leur demande, compte tenu de la plus faible durée de leur internat.

Pour aider la filière à démarrer, le clinicat en médecine générale devrait prioritairement s'adresser à des jeunes déjà titulaires du master-recherche et ayant un projet de thèse. Le renouvellement d'une ou deux années de clinicat pourrait de la même façon être réservée aux jeunes qui avancent régulièrement dans la rédaction de leur thèse.

Avec de premiers chefs de clinique nommés en 2007, les premiers titulaires d'une thèse pourront postuler à un poste de maître de conférences à compter de la rentrée 2011. La transition vers un modèle d'encadrement scientifique de haut niveau sera donc longue. En attendant, il faut concentrer les moyens humains et financiers dans les quelques pôles universitaires en avance sur le plan de la recherche. L'affectation des chefs de clinique doit être en priorité effectuée au profit des cinq ou six DUMG disposant d'équipes elles-mêmes formées à la recherche, et ayant des projets ou axes de recherche d'ores et déjà pré-identifiés. La poursuite du mouvement nécessitera sans doute que des partenariats entre DUMG se développent ; ceci pourrait aussi être une condition de l'octroi des postes aux premiers d'entre eux.

### ***2.3.3 L'élaboration d'un statut spécifique pour l'automne 2007***

S'agissant d'une fonction temporaire, l'élaboration d'un statut universitaire spécifique, indépendant de celui mis en œuvre pour les titulaires peut être envisagé. Ses caractéristiques

<sup>20</sup> On mentionnera le projet de master-recherche spécifique à la médecine générale déposé par l'université de Nantes.

pourraient alors s'inspirer de celles concernant les CCU-AH (chapitre 1<sup>er</sup> du décret du 24 février 1984) : modalités de nomination, conditions de candidature, durée des fonctions ...

Il conviendra toutefois de régler les conditions d'exercice de la valence soins et des obligations de service d'enseignement en tenant compte des spécificités rappelées ci-dessus, notamment l'exercice de la médecine hors de l'hôpital et la présence de maîtres de stage pour l'encadrement des internes.

Compte tenu de la situation propre aux chefs de clinique des universités, les solutions retenues pour l'exercice professionnel pourront être différentes de celles arrêtées pour les personnels titulaires.

Alors que, pour fonder l'obligation d'exercice professionnel, une modification législative sera nécessaire, une charte nationale pourrait, dès la rentrée, donner des indications homogènes sur la manière de mettre en place le nouveau clinicat de médecine générale. Une présentation spécifique des parcours universitaires et de l'état des lieux de la recherche en médecine générale devrait être faite.

Un tel statut, qui relève a priori d'un décret simple aux procédures consultatives limitées, pourrait intervenir pour l'automne 2007.

A défaut d'un tel texte ou dans l'attente de son intervention, un recours au dispositif mis en place pour l'association dans les disciplines médicales (décret du 20 septembre 1991) est possible mais à condition de modifier le décret en vigueur. En effet, sa rédaction actuelle ne permet de nommer des chefs de clinique associés à « plein temps » universitaire que s'ils ne remplissent pas les conditions pour être recrutés dans la fonction statutaire homologue et d'autre part exclut qu'on puisse leur confier d'autres fonctions de soin que des fonctions hospitalières, ce qui serait antinomique avec la nécessité de leur laisser la possibilité de pratiquer la médecine générale.

En tout état de cause il faut veiller à ne pas laisser s'engager la première génération de CCU dans les conditions de flou juridique qui prévalent à l'heure actuelle. Le succès de la filière universitaire de médecine générale tiendra, pour beaucoup, à leur crédibilité.

## **2.4 Synthèse des préconisations sur le statut**

En résumé de cette partie, et compte tenu de l'urgence d'une réponse statutaire, les inspections générales considèrent comme essentiel de la dissocier des enjeux sur le long terme, qu'il s'agisse de l'évolution de l'organisation des soins primaires ou de la place des UFR médicales dans l'enseignement supérieur.

- l'hypothèse d'un statut fondé sur la bi-appartenance n'est pas compatible avec la notion même de médecine générale et/ou avec les exigences des divers acteurs.

Une implantation de la valence soins dans le cadre hospitalier serait contraire à la notion même de médecine générale, dont l'exercice effectif est unanimement revendiqué par la profession.

La construction proposée pour accueillir cette fonction soins, hors du cadre hospitalier, représente une solution juridiquement complexe qui ne suscite pas un consensus au sein de la profession. Elle déplace l'objet du débat de la constitution d'une filière universitaire pour la médecine générale vers l'organisation de soins primaires en anticipant sur les évolutions du système de santé.

- une solution fondée sur la mono-valence universitaire avec l'exercice obligatoire d'une fonction soins dans le cadre existant doit être privilégiée.

Le caractère adaptable et évolutif par rapport à l'organisation du système de soins, comme par rapport aux équilibres universitaires, de cette solution constitue un atout dans le règlement de ce dossier.

Quels que soient les choix opérés, des modifications au décret enseignants-chercheurs, comme l'élaboration d'un statut spécifique, appelleront toutefois un ensemble de consultations obligatoires qui impliquent un délai minimum de 12 mois pour l'intervention d'un statut.

De plus, une disposition législative sera indispensable pour fonder l'obligation d'exercer cumulativement une activité libérale. En fonction du champ des aménagements souhaités au statut enseignant-chercheur, d'autres modifications législatives pourraient s'avérer nécessaires.

Dans ces conditions, la solution d'un **statut spécifique** pour les universitaires titulaires de médecine générale paraît la plus adaptée ; elle permettrait de tenir compte des spécificités fondamentales de la discipline tout en maintenant un lien statutaire optimal avec les autres disciplines médicales, sans s'inscrire formellement dans le cadre de l'ordonnance du 30 décembre 1958.

En revanche, la constitution d'une fonction de chef de clinique des universités pourra faire l'objet d'un texte statutaire autonome qui n'appelle pas les mêmes contraintes juridiques et techniques d'élaboration. La nécessité de disposer d'un cadre applicable pour la rentrée universitaire 2007 implique de s'engager sans délai dans le processus de mise en œuvre ou de modifier à cet effet le régime de l'association pour assurer cette échéance dans l'attente de l'intervention de ce statut.

Dans l'attente de l'intervention de la modification législative concernant le cumul de la fonction soins, il est recommandé de l'encadrer, pour les premières nominations, par une charte nationale.

### **3- Les recommandations complémentaires de la mission**

Au-delà des scénarii strictement statutaires qui viennent d'être expertisés, la mission a identifié des sujets strictement connexes aux aspects statutaires et qui doivent être traités ou pris en compte dans les prochaines semaines.

#### **3.1 Les modalités d'intégration des actuels enseignants associés doivent être explicitées**

Cent vingt-deux médecins généralistes assuraient à la rentrée 2006 des fonctions d'enseignant associé à mi-temps (58 professeurs et 64 maîtres de conférences) dans les UFR médicales.

Les modalités d'intégration qui leur seront offertes dans un statut universitaire pour la médecine générale représentent l'un des enjeux du dossier qu'il s'agisse des moyens, donc du rythme, de cette opération ou des conditions de celle-ci.

En fonction des délais consentis pour cette opération, des recrutements opérés à la rentrée 2007 pourraient être inclus dans le dispositif d'intégration pour favoriser la constitution et l'équilibre des corps de titulaires.

##### ***3.1.1 La nécessité d'une procédure et de critères d'intégration incontestables***

A l'instar de ce qui a été mis en place par le décret du 23 mai 2006 pour les pharmaciens hospitalo-universitaires, la mission recommande la constitution d'une commission nationale d'intégration dans le cadre des mesures transitoires d'un futur statut.

Il lui apparaît souhaitable que, dans l'hypothèse d'un statut universitaire mono-valent, les directeurs d'UFR médicales, la section de médecine interne (53-01) du CNU, ainsi que des personnalités qualifiées puissent en constituer l'armature avec pour objectif de garantir la qualité de ces intégrations dans les corps universitaires. Au besoin des experts pourront apporter leur évaluation sur la qualité pédagogique et scientifique des dossiers.

La plupart des interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent l'hétérogénéité des profils des actuels enseignants associés. La perspective d'une intégration de l'ensemble des actuels enseignants associés est jugée irréaliste par beaucoup. Si, selon les interlocuteurs de la mission, les estimations varient sur le nombre des enseignants associés dont le profil justifierait une titularisation universitaire, la plupart d'entre eux conviennent que tous n'ont pas également investi le champ de la pédagogie et de la recherche.

Pour garantir la transparence de cette opération, il serait souhaitable que la commission définisse et affiche les principes sur lesquels elle fondera son appréciation. Ces intégrations étant appelées à constituer, pour plusieurs années, le cadre des personnels titulaires de la discipline, il lui appartiendra de veiller au caractère incontestable de ces intégrations, tout en adaptant les exigences universitaires à la situation spécifique de ces personnels.

La pyramide des âges de ceux-ci devrait d'ailleurs peser sur cette opération, ne serait ce que par les conséquences d'une titularisation sur leurs droits à retraite au titre de la fonction publique<sup>21</sup>.

Tranche d'âge	Nombre de PU et MCU associés médecine générale	%
60 ans et plus	31	25,5
55 à 59 ans	47	38,5
50 et 54 ans	28	23,0
moins de 50 ans	16	13,0
	<b>122</b>	

Source : exploitation du fichier DGRH par la mission

### 3.1.2 Un problème sous-estimé: les droits à retraite des enseignants titularisés

Aujourd'hui les intéressés sont, à titre principal, des professionnels libéraux, exerçant une activité de collaborateur non titulaire de l'université, pour laquelle ils cotisent au titre de la retraite en tant que contractuel (régime général pour la retraite de base et affiliation à l'IRCANTEC pour la retraite complémentaire).

En cas de titularisation, ces personnels vont devenir, à titre principal, des fonctionnaires de l'Etat avec le statut social qui s'y attache ; les honoraires qu'ils continueront de toucher de leur activité libérale seront considérés comme un cumul d'activité et de rémunération privées, autorisé, sinon obligatoire.

La question est moins celle des règles relatives aux cotisations sociales applicables en cas de cumul d'activité (enseignant chercheur avec une activité libérale), que les conséquences au regard de la retraite de ces anciens contractuels.

Seuls les professeurs et maîtres de conférence titularisés détenant au moins 15 années de services de titulaires pourront bénéficier d'une retraite de la fonction publique.

Ceux qui disposeront d'une durée de services en tant que titulaire inférieure à ces quinze années seront automatiquement rétablis dans les régimes de droit commun. Dans ces cas, les modalités de règlement de leur pension pourraient s'avérer particulièrement défavorables<sup>22</sup>.

Il est essentiel que cette situation et les informations figurant dans l'annexe référencée soient portées par les services à la connaissance des candidats à une titularisation et qu'au besoin des simulations individuelles leur soient présentées.

## 3.2 La situation des maîtres de stage doit être améliorée

La formation des étudiants pour la discipline de la médecine générale prévoit des stages dits « extra hospitaliers » qui se déroulent chez un praticien agréé comme maître de stage par le département de médecine générale de l'UFR. Celui-ci recrute les maîtres de stage, assure leur formation et leur évaluation.

<sup>21</sup> Cf annexe n°6.

<sup>22</sup> Cf annexe n°9.

Ces stages sont jugés comme essentiel dans l'apprentissage du métier car ils mettent l'étudiant en situation de soin, tout en étant accompagné, encadré puis supervisé ; la succession des stages permet l'acquisition d'une autonomie progressive par l'étudiant.

On distingue :

- le stage de deuxième cycle d'une durée de deux mois au sein d'un cabinet instauré par l'arrêté du 23 novembre 2006, qui n'est pas encore mis en œuvre ;
- le stage obligatoire de troisième cycle d'une durée de six mois ;
- le stage en autonomie dit SAS PAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisés) d'une durée de six mois et qui reste facultatif.

Deux difficultés importantes ont été évoquées par les acteurs devant la mission : d'une part, la lenteur du paiement de la rémunération, d'autre part l'absence de revalorisation de celle-ci. Ces difficultés méritent d'être réglées, afin de rendre plus attractive la fonction de maître de stage.

Enfin, le caractère hétérogène de la qualité des stages, qui a été souligné par plusieurs acteurs appelle des mesures correctrices.

### **3.2.1. Revaloriser la rémunération des maîtres de stage**

La rémunération des maîtres de stage constitue une indemnisation spécifique du temps passé pour l'encadrement de l'étudiant. Pour le stage en autonomie, le maître de stage perçoit les honoraires correspondant aux actes réalisés par l'interne et l'indemnisation au titre de la supervision. Cette rémunération est fixée par un arrêté du 13 mars 1998 à 3500 francs par mois. Le montant a été converti en euros en janvier 2002, soit 533 € mais n'a pas été revalorisé depuis cette date.

La mission suggère d'instaurer, pour l'avenir, un dispositif d'actualisation reposant sur l'évolution du point d'indice de la fonction publique.

### **3.2.2. Simplifier les circuits de rémunération et mettre au niveau les crédits budgétaires**

Le système repose aujourd'hui sur des crédits, délégués aux DRASS par le ministère de la santé, à partir du programme 171 « offre de soins et qualité du système de soins ». Les DRASS attribuent ou remboursent ensuite des crédits aux UFR, qui assurent le paiement des honoraires pédagogiques.

Le volume global de crédits représente pour 2007 10, 2 millions € répartis ainsi :

- 3,2 M€ pour le stage de deuxième cycle sur la base d'un effectif égal à 60 % d'une cohorte de 5100 ;
- 5,4 M€ pour le stage obligatoire de troisième cycle sur la base d'un effectif de 1697 internes ;
- 1,6 M€ pour le stage facultatif de sixième semestre sur la base d'un effectif de 510 internes.

Le circuit de financement se traduit par des délais non maîtrisés de rémunération des maîtres de stage, sauf lorsque les UFR sont en mesure de procéder aux avances de fonds nécessaires.

Deux options sont ouvertes dans l'objectif de raccourcir les circuits et garantir une régularité et une normalisation des délais de versement :

- Soit transférer les crédits correspondants du ministère de la santé à un programme du ministère de l'éducation nationale ; ce transfert permettrait de simplifier les circuits. Cette perspective appelle toutefois, au préalable, une réflexion approfondie des deux départements, ne serait-ce que compte tenu des effets collatéraux éventuels d'une telle mesure sur d'autres filières de formation pour le ministère de l'éducation nationale ;
- Soit conserver le dispositif actuel en l'améliorant sur deux points sensibles : accompagner le versement par l'université d'une notification explicitant les prestations indemnisées et garantir un abondement régulier des crédits par les DRASS afin d'assurer un versement des rémunérations dans un délai raisonnable.

Dans les deux cas de figure, le préalable d'une mise à niveau des crédits est nécessaire pour atteindre les objectifs<sup>23</sup>.

### ***3.2.3. Veiller à évaluer la qualité des stages afin d'en réduire l'hétérogénéité***

La qualité de la formation des étudiants nécessite la mise en place d'une évaluation, afin de réduire l'hétérogénéité des stages soulignée devant la mission par de nombreux acteurs.

La mission suggère qu'un état des lieux des méthodes d'évaluation soit mis en œuvre au niveau des départements de médecine générale.

Les travaux menés par des chercheurs<sup>24</sup> offrent des pistes méthodologiques comme la consultation simulée qui est utilisée comme outil de formation et d'évaluation aux Etats Unis.

## **3.3 La réflexion sur la formation à la médecine générale dans une perspective de meilleure attractivité de la discipline doit être relancée**

Outre les aspects relatifs aux stages, évoqués ci-dessus, une réflexion globale sur la formation à la médecine générale doit être développée.

En effet, à l'exception d'intéressants travaux menés par des sociologues<sup>25</sup>, il existe peu d'analyses des différentes réformes effectuées en matière de formation initiale des médecins généralistes, résidanat puis internat, stages chez les généralistes. La réflexion prospective sur les besoins en soins primaires et la nature de l'offre pour y répondre, ou sur l'évolution des pratiques des médecins (exercice isolé ou en groupe,...) reste encore peu développée.

Il est désormais acquis que le corpus des connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine générale n'est pas la simple addition des connaissances minimales de chaque discipline médicale. La formation d'un médecin généraliste nécessite en effet l'acquisition de connaissances spécifiques en rapport avec les conditions mêmes de cette discipline et dont

<sup>23</sup> Selon les estimations de la DGS, la sous estimation globale de l'action comprenant, outre les rémunérations des maîtres de stage, celles des internes atteint 20,4 M€ en 2007.

<sup>24</sup> Géraldine BLOY, « Que font les généralistes à la faculté ? Retour sur une implantation improbable. » ENSP 8 et 9 juin 2006.

<sup>25</sup> Les travaux de Mme Géraldine BLOY et de Mme Anne-Chantal HARDY méritent d'être soulignés.

certaines savoirs, savoir-faire et savoir être ne relèvent pas nécessairement d'enseignants médecins, fussent-ils généralistes.

La pénurie annoncée de médecins réellement généralistes, déduction faite de ceux qui ont choisi, en partie ou en totalité, un exercice particulier (MEP) ou un champ restreint de la médecine générale, appelle des mesures visant à améliorer l'attractivité de ce mode d'exercice, mais qui ne ressortissent pas à la présente mission. A la réserve près que la valorisation de l'image académique de la médecine générale peut contribuer à améliorer la perception de cette forme d'exercice par les étudiants en formation. En outre, il est connu depuis longtemps que les orientations professionnelles spontanées des étudiants médecins sont largement influencées par les disciplines qu'ils ont eu l'occasion d'approcher et d'approfondir durant leur cursus.

A l'occasion de ses investigations, il a été porté à la connaissance de la mission que la réalité de l'initiation et de l'enseignement des aspects spécifiques à la médecine générale était très hétérogène entre les UFR.

L'incorporation de la médecine générale dans l'enseignement des différents chapitres de la pathologie (enseignement dit transversal) est très inégal. Durant le troisième cycle de médecine générale, les stages non hospitaliers de médecine générale sont loin d'être systématiques, cela vaut pour le stage de niveau 1 et plus encore pour le SASPAS.

Sans entrer dans le détail des raisons avancées et en l'absence de bilan synthétique disponible auprès des interlocuteurs de la mission, celle-ci recommande que les départements ministériels prennent rapidement l'initiative d'engager ces réflexions avec l'ensemble des parties concernées.

### **3.4 Un accompagnement budgétaire est nécessaire pour la mise en œuvre de la filière**

Quel que soit le scénario statutaire envisagé, mais en privilégiant à ce stade le scénario de la mono-valence universitaire, il sera nécessaire d'accompagner la montée en charge de la filière universitaire de médecine générale par des moyens budgétaires, notamment en termes de postes.

#### ***3.4.1. Une situation actuelle plutôt fragile des départements universitaire de médecine générale***

Plusieurs éléments semblent indiquer, indépendamment de la titularisation des enseignants associés, une relative faiblesse de moyens des actuels départements universitaires de médecine générale (DUMG).

La mission n'a pas été en mesure, compte tenu des délais impartis, de procéder à une enquête permettant de recenser dans les UFR de médecine l'ensemble des moyens dévolus aux DUMG, mais sur la base des auditions, quelques données croisées laissent apparaître une situation plutôt fragile à l'heure actuelle.

Les données disponibles laissent apparaître une situation plutôt fragile, les DUMG fonctionnant aujourd'hui de 2 à 8 enseignants associés, qui sont à mi-temps<sup>26</sup>. L'effectif est globalement faible avec de fortes disparités selon les UFR.

S'il existe désormais un DUMG dans chaque UFR de médecine, rares sont ceux qui disposent d'un budget spécifique défini avec le doyen et le président d'université, et la participation des enseignants associés aux instances exécutives de l'UFR (bureau) est loin d'être systématique, et semble dépendre assez fortement de l'engagement du doyen.

### 3.4.2. Les moyens à dégager dans les prochaines années

La mission estime difficile de ne pas envisager la construction de la filière universitaire de médecine générale sans un effort financier supplémentaire.

La revendication des acteurs, et notamment du CNGE, porte sur une augmentation numérique sur 3 ans, consistant à passer de 122 enseignants associés actuellement à un total de 105 titulaires (105 etp<sup>27</sup>) et 250 associés à mi-temps (125 etp). Ceci correspond à une création de l'ordre de 170 etp<sup>28</sup> sur la période, soit environ 57 etp en moyenne par an. A ces chiffres doivent s'ajouter les postes de chefs de clinique estimés à 60 sur 3 ans.

Un tel effort demandé doit être mis en perspective de ce qui a été jusqu'alors consenti dans cette discipline, de l'ordre de 10 postes d'associés par an (soit en équivalent PU, 5 etp). Il s'agit donc d'une multiplication par près de 12 de l'effort consacré jusqu'à présent à la médecine générale.

Il faut également comparer ces demandes aux créations réalisées annuellement en faveur des autres disciplines médicales pour les emplois bi-appartenants.

#### Création de postes hospitalo-universitaires entre 2004 et 2007

	2004	2005	2006	2007
PU-PH	13	18	38	52*
MCU-PH	4	20	21	15
CCU-AH / AHU	6	25	46	NC
Total	23	63	105	67

Source : DHOS

\* dont 32 par transformation d'emplois de MCU-PH

Sur la base de ces chiffres, on voit qu'un effort spécifique en faveur du développement de la médecine générale, de l'ordre d'une cinquantaine de postes par an, représenterait un niveau assez comparable à ce qui est réalisé toutes disciplines médicales confondues.

<sup>26</sup> L'annexe n° 6 détaille la répartition des enseignants associés par faculté de médecine.

<sup>27</sup> ETP: équivalent temps plein.

<sup>28</sup> Ce nombre tient compte de l'existant des 120 associés à mi-temps.

L'ampleur de l'effort à réaliser est donc important, même si celui-ci pourrait en partie se faire par des redéploiements en provenance d'autres spécialités médicales.

Il n'appartenait pas à la mission de procéder à une analyse des besoins, au calibrage et à l'implantation des postes nécessaires. En tout état de cause, différents critères devraient être pris en compte pour un tel exercice :

- la situation individuelle des actuels enseignants associés ;
- le besoin pédagogique de déploiement de la filière de manière relativement équilibrée sur le territoire;
- la nécessité d'encourager les DUMG les plus dynamiques en matière de recherche (cf supra sur l'implantation des chefs de clinique).

Ce dernier critère introduit certes une logique de sélectivité accrue, mais il constitue un élément fort au regard de la crédibilité universitaire de la discipline. Elle s'inscrirait en outre davantage dans la démarche de contractualisation et d'appel à projet développée par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Au-delà des moyens en personnel, il est important, tout en laissant les universités et les UFR libres de s'organiser, que celles-ci favorisent la reconnaissance de la discipline et des DUMG au sein de l'UFR, notamment par leur meilleure représentation dans les instances exécutives de l'UFR.

### **3.5 Le pilotage du dossier par les administrations de l'enseignement supérieur et de la santé doit être renforcé**

La situation de blocage constatée dès le début de la mission sur ce dossier, et les contacts avec les différents services du ministère, ont permis de diagnostiquer une insuffisance de pilotage de ce dossier par les départements ministériels concernés.

En interne à chaque ministère, le dossier se trouve éclaté entre plusieurs directions, parfois sans réel pilote, ou, en tout cas, sans qu'une vision d'ensemble puisse émerger.

#### ***3.5.1. Du côté du ministère de la santé, la DHOS doit être désignée comme direction chef de file***

Chaque direction a une vision parcellaire du dossier, strictement liée à son champ de compétence : conséquences sur les dépenses d'assurance maladie pour la DSS, formations des professions de santé pour la DGS, aspects statutaires et place de la médecine générale dans le système de soins primaires pour la DHOS. Mais, même dans leur domaine de compétence, ces directions n'ont pas été en mesure de fournir à la mission un document stratégique ou de suivi du dossier de la médecine générale, attestant d'un poids significatif dans le pilotage de ce dossier.

En l'absence de réelle coordination entre des approches complémentaires, aucun document de synthèse faisant apparaître une vision cible sur la place du généraliste demain, le référentiel métier et partant la formation initiale attendue n'est disponible. Seul l'ONDPS semble conduire des travaux prospectifs sur ce sujet, celui-ci venant d'ailleurs de lancer un groupe de travail sur les diverses facettes de la médecine générale (y compris avec un volet formation).

La mission estime, compte tenu des projets d'organisation en cours, que la DHOS doit à l'évidence être chef de file sur un tel dossier, non seulement dans ses dimensions statutaires mais aussi d'organisation des soins primaires.

### ***3.5.2. Du côté du ministère de l'éducation nationale, les deux directions compétentes doivent davantage travailler ensemble***

La DGRH, a en charge des statuts et des emplois hospitalo-universitaires, et la DGES, qui a une compétence générale sur l'enseignement supérieur suit, à ce titre, les maquettes d'enseignement de la médecine ; pour autant, cette direction n'a pas été réellement associée à ce dossier, abordé sur le strict plan d'élaboration d'un statut, sans réflexion concomitante sur ses conséquences globales en matière de formation.

### ***3.5.3. La coordination et le dialogue entre les deux ministères doivent être renforcés***

La mission estime nécessaire que le suivi de ce dossier s'inscrive dans la durée. A cet effet, elle recommande l'identification, dans chacun des ministères, d'un responsable de projet référent ayant la double mission d'assurer la coordination entre les directions concernées de son propre département et d'assurer une liaison permanente avec le ministère homologue.

## Conclusion

La mise en place et le développement d'une filière universitaire de médecine générale est nécessaire pour assurer une formation adaptée et de qualité aux futurs médecins généralistes.

Une solution statutaire est possible, même si les analyses menées montrent que la voie est étroite ; les solutions envisageables obligent à la construction d'un dispositif original et spécifique. Une réponse rapide peut être apportée pour des chefs de clinique des universités ; en revanche, pour les titulaires, la mise en oeuvre suppose à la fois de la concertation et un délai.

La qualité du pilotage intra- et inter-ministériel sera déterminante dans le succès de cette opération.

Plus généralement, la revalorisation de la médecine générale constitue un enjeu fort en terme de qualité de la prise en charge des patients et de permanence des soins de premier recours pour notre pays.

Même si elle emporte un effet symbolique fort, la création d'une filière universitaire de médecine générale n'est pas cependant pas une mesure suffisante, à elle seule, pour concrétiser la reconnaissance de la discipline et de son rôle dans le système de soins.

Même si la filière universitaire peut y contribuer, notamment par le développement d'activités de recherche et d'un corpus pédagogique, gages d'un enseignement plus approfondi et plus adapté, d'autres mesures concernant les conditions d'exercice du métier de généraliste restent indispensables.

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU

Agnès JEANNET

Michel VERNEREY

Jean-Paul PITTOORS

Françoise MALLET

### Grille de récapitulation des préconisations

N°	Intitulé de la préconisation	Autorité(s) responsable(s)	Echéance de mise œuvre
	<b><i>Préconisations liminaires et générales</i></b>		
1	Confirmer les directions pilotes au sein des deux ministères, DHOS et DGRH, et renforcer leur rôle de coordination intra-ministérielle  Assurer la coordination effective et permanente entre les deux ministères par la désignation de chefs de projet issus de ces deux directions	cabinets MENESR et Santé	Sans délai URGENT
2	Arrêter le scénario retenu pour la mise en place de la filière universitaire de médecine générale	cabinets MENESR et Santé	Sans délai
	<b><i>Préconisations relatives à l'élaboration des statuts constitutifs de la filière universitaire de médecine générale</i></b>		
3	Elaborer un statut spécifique créant la fonction de chef de clinique des universités en médecine générale (CCU)	- MENESR, - ministère de la santé	Sans délai URGENT
4	Pour les CCU, élaborer une charte nationale précisant les modalités pratiques d'exigence et d'encadrement de l'activité de soins en médecine générale, dans l'attente des dispositions législatives nécessaires	- MENESR, - ministère de la santé, - doyens de médecine	Sans délai
5	Déterminer les implantations des premiers postes de CCU, notamment ceux qui seront offerts à la sortie des premiers internes de médecine générale à l'automne 2007. La mission recommande de créer ces postes en priorité et de préférence dans les DUMG les plus engagés en matière de recherche en médecine générale	MENESR	Avant la sortie des internes à l'automne 2007
6	Engager les concertations nécessaires à l'élaboration d'un statut universitaire pour les titulaires (PU et MCU) en médecine générale et la procédure législative permettant de rendre obligatoire l'exercice effectif de la médecine générale	- MENESR, - ministère de la santé	Sans délai
7	Mettre en place un dispositif de suivi de l'activité de soins des CCU et des enseignants titulaires de médecine générale : nature, volume, équilibre économique...	- ministère de la santé - CNAMTS	fin 2007
	<b><i>Mesures d'accompagnement</i></b>		
8	Porter à la connaissance des enseignants associés les conséquences d'une éventuelle titularisation universitaire en matière de cotisations sociales et de droits à pension de retraite et procéder aux simulations nécessaires pour chaque situation individuelle	- MENESR, - facultés de médecine	Année 2007

N°	Intitulé de la préconisation	Autorité(s) responsable(s)	Echéance de mise œuvre
9	Réévaluer la situation indemnitaire des maîtres de stage, simplifier et accélérer les circuits de financement	- MENESR, - ministère de la santé	Année 2007
10	Poursuivre la réflexion indispensable : - sur la régulation des flux de formation dans les différentes filières de médecine (bilan des ECN notamment), - et sur les mesures à prendre pour améliorer l'attractivité de l'exercice en médecine générale	- ministère de la santé	2007/2008
11	Doter les UFR/DUMG des moyens budgétaires nécessaires : créations et redéploiement d'emplois, mise en place effective et complète des stages de médecine générale de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> cycles	- MENESR - doyens de médecine	Campagne budgétaire pour 2008
12	Mettre en place un dispositif de suivi de la mise en œuvre de la filière universitaire de médecine générale (implantation et utilisation des moyens,...)	- MENESR, - doyens de médecine	2007-2008

oOo

**ANNEXES**

## Liste des annexes

Annexe n° 1 : lettre de mission

Annexe n° 2 : note du 22 décembre 2006 de la mission

Annexe n° 3 : liste des personnes et institutions rencontrées

Annexe n° 4 : liste des sigles

Annexe n° 5 : récapitulatif des positions des acteurs sur la FUMG

Annexe n° 6 : données sur les effectifs des enseignants associés de médecine générale

Annexe n° 7 : enjeux de la recherche en médecine générale

Annexe n° 8 : comparaison des émoluments hospitaliers et de la rémunération libérale

Annexe n° 9 : impact sur les retraites de la titularisation

**Annexe n°1 : Lettre de mission**



*Ministère de la Santé et des Solidarités*

*Ministère délégué à l'Enseignement Supérieur  
et à la Recherche*

CAB/SB/HC/D06.15-156

Paris le, 16 NOV. 2006

1037  
Le Directeur de cabinet  
du Ministre de la santé et des solidarités

Le Directeur de cabinet  
du Ministre délégué à l'enseignement  
supérieur et à la recherche

à

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des  
affaires sociales

Monsieur le Chef de l'Inspection générale de  
l'administration de l'éducation nationale et de  
la recherche

**Objet :** Lettre de mission sur la filière médecine générale.

Nous souhaitons vous confier une mission d'étude et de proposition concernant la création d'une filière universitaire de médecine générale.

La médecine générale est le pivot de notre système de santé ce qu'a confirmé la réforme de l'assurance maladie en instituant notamment le parcours de soins. Soucieux de lui accorder une reconnaissance correspondant à l'importance qu'elle revêt, le gouvernement a décidé d'en faire une spécialité à part entière avec la mise en place une filière universitaire spécifique. Cette décision s'est concrétisée en 2004 par la création du diplôme d'études spécialisées de médecine générale qui sanctionne désormais le troisième cycle de médecine générale et, récemment, par l'individualisation de l'option de médecine générale au sein de la sous-section de médecine interne du conseil national des universités.

Depuis plusieurs années déjà, des médecins généralistes contribuent à l'enseignement de la médecine générale en qualité de professeur ou de maître de conférences associé à mi-temps au sein des Unités de formation et de recherche médicale. Dans la majorité des cas ils exercent leur activité soignante à titre libéral en dehors des murs de l'hôpital. En outre des « maîtres de stage » accueillent des étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle dans leur cabinet et des internes, pour un semestre au moins, au cours de leurs trois années d'internat.

Il s'agit désormais de bâtir un dispositif statutaire permettant le recrutement d'enseignants titulaires et non titulaires en médecine générale à qui il pourra être confié, à l'instar des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

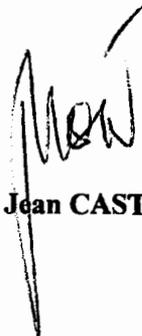
S'agissant de la fonction soignante, le futur statut devra préciser le cadre d'exercice de la médecine générale pour les praticiens concernés, lequel pourra être redéfini notamment en termes d'obligations professionnelles et de mode de rémunération. Il sera également privilégié un exercice au sein de structures de groupe afin d'assurer, en lien avec les départements de médecine générale des UFR médicales, un encadrement suffisant et le développement d'un foyer intellectuel propice au bon accomplissement de la triple mission évoquée supra.

Votre mission consistera à étudier les différents schémas statutaires envisageables en vous appuyant, notamment, sur les textes régissant aujourd'hui les personnels enseignants et hospitaliers. Vous tiendrez compte des modalités actuelles d'exercice de la médecine générale et envisagerez les éventuelles évolutions de ce cadre d'exercice en termes de mode de rémunération, de couverture sociale, de régime de retraite et de relation avec les organismes financeurs de l'activité soignante.

Vous évalueriez les avantages et les inconvénients de ces différents schémas, notamment en terme d'équilibre au regard des conditions et modalités d'exercice et de rémunération réservées aux autres enseignants des professions médicales, et proposerez le scénario qui vous paraîtra le plus pertinent, compte tenu du caractère spécifique de l'exercice de la médecine générale.

Vous aurez toute latitude de prendre contact avec les associations et syndicats regroupant des médecins généralistes enseignants ainsi que les syndicats d'internes. Il vous appartiendra également d'entendre les directeurs des UFR médicales à qui incombe la responsabilité pédagogique de l'enseignement comme celle de proposer la délivrance des diplômes d'études spécialisées sanctionnant les études. Vous prendrez également l'avis de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Vous jugerez enfin de l'opportunité de recueillir l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

Nous apprécierions de disposer de votre rapport à la fin du mois de janvier 2007.



**Jean CASTEX**



**Thierry DAMERVAL**

**Annexe n°2 : Note de la mission du 22/12/2006**

Le 22 décembre 2006

**Note à l'attention de Monsieur le ministre de la Santé et des solidarités**

**Objet :** Mission IGAS/IGAENR sur la filière universitaire de médecine générale.

La mission conjointe des deux inspections a démarré ses travaux le 11 décembre dernier. Sur la base de ses premières investigations, des contacts avec les cabinets et les services, il lui apparaît nécessaire, compte tenu du calendrier serré, d'explicitier sa méthode de travail et le périmètre de ses analyses, de manière à répondre au mieux à votre commande, dans un contexte de fortes attentes de la part des acteurs universitaires et médicaux sur le sujet.

La question principale porte sur la nature des scénarii statutaires à expertiser ou construire au regard de la finalité tracée par les ministres de construire une filière universitaire de médecine générale avec des professionnels chargés d'une triple mission d'enseignement, de recherche et de soin. Pour les membres de l'IGAS, et même si la voie privilégiée à ce jour repose sur une analogie avec la filière des PU-PH de l'ordonnance de 1958, il apparaît souhaitable et nécessaire de pouvoir travailler sur plusieurs pistes alternatives.

A ce stade, les scénarii qui pourront être explorés sont les suivants :

- pour le scénario bi-appartenant, il s'agira, à partir des premiers travaux des services, d'identifier les tâches restant à mener, de comprendre les obstacles rencontrés dans les deux sphères, et de voir dans quelle mesure il peut y être apporté une réponse ;
- un scénario qui allie une fonction universitaire d'enseignement et de recherche d'une part et un exercice libéral d'autre part sera examiné.

D'autres hypothèses pourront être imaginées en fonction des investigations à venir.

Au stade où se situe la mission, et avec toute la prudence requise, il nous semble nécessaire de vous alerter sur des éléments de diagnostic qui sont d'ores et déjà apparents, et qui portent sur la détermination de la valence soins dans le cadre de l'ordonnance de 1958, et des modalités de son adaptation aux particularités de la médecine générale.

Il serait en effet dangereux aux yeux de la mission d'assimiler purement et simplement la valence libérale à une valence hospitalière. Une telle ouverture présente le risque de voir se développer des revendications de la part des spécialistes libéraux bi-appartenant, avec toutes les conséquences possibles sur le secteur privé à l'hôpital, ou de la part des praticiens hospitaliers mono-appartenants pour la reconnaissance de leur mission qui excède parfois leur simple exercice hospitalier.

Par ailleurs, la mission a eu connaissance de deux missions de nature à contribuer ou s'articuler aux travaux qu'elle mène. Concernant la mission de M. PJ LANCRY, la mission recommande que ce dernier débute ses travaux par les sujets qui n'ont pas d'impact sur notre mission, notamment les conséquences à l'horizon de l'automne 2007 de l'arrivée des spécialistes en médecine générale en terme d'honoraires et de relations conventionnelles.

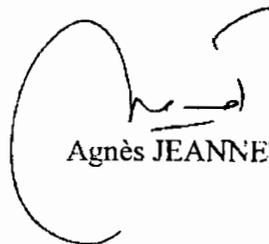
S'agissant du volet recherche, la mission tiendra compte des conclusions du rapport demandé par le **Ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche à M. de POUVOURVILLE.**

Du point de vue du calendrier et de la méthode de travail, la mission souhaite rencontrer les représentants des principaux acteurs concernés par la réforme, tant dans le champ universitaire (conférence des présidents d'université, des doyens de médecine, collège des enseignants de médecine générale et syndicat des enseignants de médecine générale, sociétés savantes) que dans le champ santé (ensemble des syndicats de médecins généralistes, syndicat des internes, Ordre des médecins), sans exclure certaines personnalités qualifiées. Ces entretiens permettront à la mission d'entendre au regard des trois composantes du métier les attentes, les contraintes identifiées et de tester certaines hypothèses statutaires, sachant que ces entretiens auront lieu après la rencontre organisée à votre niveau le 11 janvier, et ne devraient par conséquent ne pas poser de difficultés particulières.

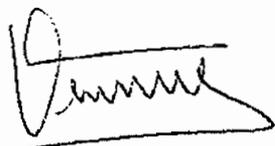
Sur ces bases, et sauf avis contraire, nous nous proposons de procéder à un point d'étape fin janvier.



Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU



Agnès JEANNET



Michel VERNEREY

**Annexe 3 : Liste des personnes et institutions rencontrées**

### **Cabinet des ministres**

Mme Buscail (santé et solidarités)  
M. Brunelle (santé et solidarités)  
M. Rance (santé et solidarités)  
M. Thibault (enseignement supérieur et recherche)

### **Services du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES)  
Direction générale des ressources humaines (DGRH)  
M. Couraud, conseiller auprès de la DGES.

### **Services du ministère de la santé et des solidarités**

Direction générale de la santé (DGS)  
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)  
Direction de la sécurité sociale (DSS)

### **Instances universitaires et professionnelles**

Conférence des doyens des facultés de médecine  
Conférence des présidents d'université (CPU)  
Ordre national des médecins  
Sous-section de médecine interne (53-01) du conseil national des universités (CNU)

### **Autres organismes**

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)  
Haute autorité de santé (HAS)

### **Personnalités**

M. Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)  
Mme Bloy, maître de conférence en sociologie, université de Bourgogne et chargée de mission à la MIRE  
Mme Hardy, Sociologue, Laboratoire droit et changement social, Nantes  
M. De Pourville, directeur de recherche au centre national de la recherche scientifique (CNRS), coordonnateur du comité d'interface INSERM-Médecine générale

### **Organisations syndicales et professionnelles**

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Espace généraliste

Fédération des médecins de France (FMF-G)

Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG)

MG France

Syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG)

Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)

Syndicat des médecins libéraux (SML)

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF/ UNOF)

### **Sociétés savantes**

Société française de médecine générale (SFMG)

Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)

**Annexe 4 - Liste des sigles utilisés**

AHU : assistant hospitalier universitaire

CCU : chef de clinique des universités

CCU-AH : chef de clinique des universités- assistant des hôpitaux

CCA : chef de clinique associé

CHR : centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CMU : couverture maladie universelle

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNGE : collège national des généralistes enseignants

CNU : conseil national des universités

CSP : code de la santé publique

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGES : direction générale de l'enseignement supérieur

DGRH : direction générale des ressources humaines

DGS : direction générale de la santé

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

DSS : direction de la sécurité sociale

DUMG : département universitaire de médecine générale

ECN : examen classant national

ETP : équivalent temps plein

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FUMG : filière universitaire de médecine générale

HAS : haute autorité de santé

HDR : habilitation à diriger des recherches

IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRCANTEC : institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques

MCU PH : maître de conférences des universités praticien hospitalier

MEP : médecin généraliste à exercice particulier

MG : médecine générale

OMS : organisation mondiale de la santé

ONDPS : observatoire national de la démographie des professions de santé

PH : praticien hospitalier

PSPH : (établissement privé de santé) participant au service public hospitalier

PU PH : professeur des universités praticien hospitalier

SAS PAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFMG : société française de médecine générale

SFTG : société de formation thérapeutique du généraliste

UFR : unité de formation et de recherche

**Annexe n° 5 - Récapitulatif des positions des acteurs rencontrés**

Les deux tableaux qui constituent cette annexe, récapitulent les principales positions exprimées par les acteurs auditionnés par la mission.

Certains points n'ont pas pu être abordés faute de temps. Ils sont notés comme tels.

La hiérarchie des thèmes est un simple classement effectué par la mission il ne reflète en aucune manière l'importance du thème pour l'organisme auditionné.

Tableau n° 1 : MG-FRANCE, CNGE/SNEMG, ISNAR-MG, FMF-MG.

Tableau n° 2 : SNJMG, ESPACE GENERALISTE, CSMF, SML.

**Tableaux n° 1 - A) La filière universitaire de médecine générale**

<b>Organismes / Thèmes</b>	<b>MG-FRANCE</b>	<b>CNGE/SNEMG</b>	<b>ISNAR-MG</b>	<b>FMF-MG</b>
Statut des enseignants en MG	Equivalent à celui des autres disciplines mais la part ambulatoire doit rester en prise directe avec le métier = exercice libéral et en cabinet.	Décalque du statut de l'ordonnance de 58 par la création à partir du cabinet du Professeur associé d'un CUMG « centre universitaire de médecine générale » sous statut d'établissement public de santé (EPS)	Défend le même schéma que le SNMG. Coller au statut des HU avec une part soin en ambulatoire sous statut de salarié.	Ils doivent bénéficier d'une "reconnaissance" équivalente à celle des autres spécialistes enseignants
PU et MCU	Les PU et MCU doivent obligatoirement être Maîtres de stage. La rémunération des PU et MCU doit être identique à celle des autres spécialités.	Le PU ou PCU est salarié de l'université pour la part d'enseignement ou de recherche et salarié par la CNAMTS pour la part soin. Le cabinet est conventionné avec le CHR et de statut public. Création de postes sur trois ans pour atteindre 250 enseignants associés et 105 MCU et PU.	Les PU et MCU doivent conserver une activité clinique en médecine générale.	La FMF soutient le projet du CNGE à l'exception de l'EPS de soins ambulatoires. Les généralistes PU ou MCU doivent exercer la médecine générale dans un cabinet libéral ou éventuellement salarié. Les soins doivent représenter au moins un tiers et si possible la moitié du temps total professionnel.
CCU	La mission du CCU est de développer la recherche en MG. Doit pouvoir exercer 1J en cabinet comme collaborateur associé/salarié ou en faisant des remplacements.	Le CCU exerce sa part soin dans le cabinet « public » du PU/MCU qui l'encadre. Un ou deux jours sous statut de collaborateur ; le CCU encadre les internes de 2 <sup>ème</sup> cycle.	N'est pas favorable à ce que le CCU ne fasse que de la recherche/enseignement. Reconnaissance du CCU : accès au secteur II et à la carrière universitaire.	Les CCU de MG pourraient exercer de manière itinérante en cabinet, maison de retraite, centre de santé, maison de garde.

## Tableaux n° 1 - A) La filière universitaire de médecine générale

Organismes / Thèmes	MG-FRANCE	CNGE/SNEMG	ISNAR-MG	FMF-MG
Maîtres de stage	<p>Donner un statut universitaire aux praticiens qui enseignent : soit la théorie (vacataires pour les heures d'enseignement à la Fac ) soit pratique ( tuteurs ou maîtres de stage).</p> <p>Demande de reconnaissance de la fonction d'enseignement au cabinet reconnaissance universitaire par le titre d' « Enseignant clinicien ambulatoire » ou d'ECA</p> <p>Demande de revalorisation de la rémunération ; prise en compte des frais de déplacement pour les vacataires et les tuteurs ; simplification des circuits de paye et paiement par le ministère de l'enseignement supérieur.</p>	<p>Donner un statut universitaire aux praticiens qui enseignent (vacataires) et qui sont maîtres de stage. Les lieux de stage sont associés au CUMG et à ce titre sont des lieux universitaires.</p> <p>Trouver un financement pour la formation des maîtres de stage (aucun canal actuel FAF et FM Conventionnelle ne marche).</p> <p>Création d'un statut d'ECA avec salariat pour sa fonction d'enseignement (cours et stages) et salaire versé par l'Université.</p>	(pas abordé)	Ils sont indispensables. Leurs honoraires pédagogiques sont notoirement insuffisants ; il faudrait les multiplier par un coefficient de 2 à 3.
Organisation de l'activité de soins des futurs Enseignants de médecine générale	soutient la proposition du SNEMG/CNGE. Souligne l'urgence de concrétiser la revalorisation des soins primaires.	<p>création d'un EPS nouveau statut juridique du cabinet du PU/MCU. Indépendant de l'hôpital sous tutelle de l'Etat.</p> <p>Les activités de soins sont financées par la CNAMTS comme pour un hôpital ou une clinique sous forme de paiement d'actes gérés par la structure administrative qui salarie les médecins intervenants.</p> <p>Les membres de la filière universitaires de MG sont salariés tout en exerçant dans des cabinet de ville.</p>	soutient le projet de CUMG mais le voit comme un cabinet de groupe qui associe les PU/MCU/maîtres de stage : il est créé pour accueillir le CCU.	La FMF soutient le projet du CNGE à l'exception de l'EPS de soins ambulatoires. Les généralistes PU ou MCU doivent exercer la médecine générale dans un cabinet libéral ou éventuellement salarié.

Tableau n° 1 B) L'enseignement de la médecine générale et exercice professionnel

Organismes / Thèmes	MG-FRANCE	CNGE/SNEMG	ISNAR-MG	FMF-MG
<b>L'enseignement de la médecine générale</b>				
le 2 <sup>ème</sup> cycle	<p>Demande la mise en œuvre effective de la transversalité : approche populationnelle et approche en MG de chacune des disciplines.</p> <p>Demande de mise en place effective du stage en cabinet</p>	<p>Demande la mise en œuvre effective de la transversalité</p> <p>Demande de mise en place effective du stage en cabinet</p>		<p>DCEM - Il faut mettre en place réellement le stage MG durant le 2<sup>ème</sup> cycle.</p> <p>Il faut doubler à tripler le montant des honoraires pédagogiques</p>
le 3 <sup>ème</sup> cycle	généraliser le stage en autonomie	Demande de 50% des postes réservés à la MG à la sortie de l'ECN.	Accès spécifique à l'année de recherche avec circuit court d'instruction des dossiers de demande	TCEM – Généraliser le SASPAS. Pour encourager l'installation des jeunes médecins en zone déficitaire, ils suggèrent de doubler le montant de l'indemnité versée à l'IMG s'il effectue son SASPAS dans une telle zone.
<b>L'exercice professionnel</b>  (mode et niveau de rémunération, conditions d'exercice, modalités d'organisation des soins)	<p>Rendre le métier attractif par plusieurs mesures :</p> <p>Diversifier les modes de rémunération (forfaits).</p> <p>Développer des modes d'exercice qui équilibrent la charge de travail.</p> <p>Un investissement important dans l'organisation de la MG est nécessaire pour assurer l'égalité d'accès aux soins</p>	C=CS pour tous les praticiens	C=CS	<p>Un généraliste enseignant n'aura jamais autant de disponibilité pour faire de la recherche qu'un HU. Il a des contraintes de gestion de cabinet.</p> <p>Ils demandent au moins 90 généralistes enseignants titulaires.</p> <p>Les 45 MG responsables actuels de DUMG devraient être intégrés de manière automatique. Pour les suivants ils sont ouverts à la détermination de critères transparents.</p> <p>Ne savent pas s'il faudra encore des enseignants associés en régime de croisière.</p>

Tableau n° 2 - A) La filière universitaire de médecine générale

OrganismesThèmes	SNJMG	Espace Généraliste	CSMF	SML
Statut des enseignants en MG	Un statut universitaire contribue à valoriser la MG	Mise en place au niveau régional de Maisons médicales universitaires Variante du CUMG défendu par le SNEMG/CNGE. Lie deux réformes : l'universitarisation de l'enseignement et la réorganisation des soins primaires.	L'enjeu de la filière : former le MG dans le lieu où il exerce son métier.	Les enjeux de la filière U : Répondre aux besoins de formation de MG adaptée : pratique en libéral et médecine de proximité ; Rendre attractif le métier de MG en donnant des perspectives de carrière aux étudiants.
PU et MCU	Les PU et MCU doivent privilégier la recherche ;  Les cours effectués par les PU ne sont pas adaptés à l'internat de MG.	PU/ MCU copie du statut PUPH avec 2 vacations privées par semaines (=1j). Ils enseignent dans les maisons médicales universitaires qui constitue l'équivalent du « service » du PUPH	Dissocier la fonction universitaire de la fonction soins qui doit rester libérale et au cabinet de ville.  Les professeurs associés demandent une reconnaissance universitaire. Titulariser sans reproduire l'ordonnance de 58. Celle ci ne passe pas forcément par une création de structure juridique type EPS. Dans cette hypothèse cela se terminera en « service de porte de l'hôpital ».	Un statut et des rémunérations spécifiques : reconnaissance par l'université de la fonction enseignante et conservation du statut libéral pour la part soins. Refus du salariat. Titularisation sur statut d'enseignant chercheur acceptable comme première étape.
CCU	Le CCU doit passer 50% de son temps en cabinet encadré par le PU et faire de la recherche et de l'enseignement en MG. Déalque adapté à la MG du clinicat de spécialité.	Le CCU exerce ses fonctions de soins dans la maison médicale universitaire	Le CCU doit faire au minimum 2 jours de soins en cabinet de ville. C'est la fonction la plus difficile à construire.	Doit être pour la part soins collaborateur associé en cabinet et en exercice libéral. Refus du salariat
Maîtres de stage	ne doivent pas TOUS prendre un statut universitaire : certains le mériteraient	Les maîtres de stage exercent en cabinet associé à la maison universitaire. Les ECA aussi. Pas de revendication de statut universitaire, mais d'une revalorisation de l'indemnisation avec circuit court. Distinction de 3 niveaux de MDS.	faire en sorte que la fonction ne pénalise pas financièrement l'enseignant.	Revaloriser les honoraires pédagogiques et donner de la visibilité à la fonction (label universitaire)

**Tableau n° 2 A) La filière universitaire de médecine générale**

<b>OrganismesThèmes</b>	<b>SNJMG</b>	<b>Espace Généraliste</b>	<b>CSMF</b>	<b>SML</b>
Organisation de l'activité de soins des Enseignants Universitaires	cabinet annexe de l'université. Les médecins intervenant sont salariés. La part soins fonctionne comme « un centre de santé relooké.	. les soins en cabinet sont dispensés soit dans la MMU (maison médicale universitaire) soit dans les CMGA (cabinet de médecine générale associé)	conserver un statut libéral ; refus de tout statut public ; encourager le regroupement (réel ou virtuel) des cabinets.	Quel que soit le poste PU/MCU ou CCU : exercice EXCLUSIF en cabinet libéral.

Tableau n° 2 B) L'enseignement de la médecine générale et exercice professionnel

OrganismesThème	SNJMG	Espace Généraliste	CSMF	SML
<b>L'enseignement de la médecine générale</b>  le 2 <sup>ème</sup> cycle  le 3 <sup>ème</sup> cycle	Mettre effectivement en place le stage en cabinet.  c'est lors de l'internat que l'on apprend le métier	Développer la spécificité de la MG en privilégiant les stages	Développer les temps de stage en cabinet dès le 1 <sup>er</sup> cycle puis en 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> cycle.  Développer le SAS PAS	Revaloriser les budget des DUMG afin de permettre un enseignement de qualité.  revoir l'ECN au profit d'un examen inter régional
<b>L'exercice professionnel</b>  (Mode et niveau de rémunération, Conditions d'exercice, Modalités d'organisation des soins)	le secteur II pour tout le monde préserver la liberté d'installation	Proposition de réforme de l'organisation des soins liée avec la réforme des métiers et de l'universitarisation de l'enseignement.  Rémunération mixte  Schéma régional d'organisation de MG	Ne pas mélanger les sujets. La filière universitaire doit être traitée indépendamment de la question de l'organisation des soins.	Pas abordé

**Annexe n°6 : Données sur les effectifs d'enseignants associés de médecine générale**

### 1- Données sur l'âge des enseignants associés de médecine générale en fonction en 2006/2007.

année de naissance	nombre de PU et MU associés méd. gnle	âge en 2007	année des 65 ans
1942	1	65	2007
1943	4	64	2008
1944	3	63	2009
1945	2	62	2010
1946	6	61	2011
1947	14	60	2012
Date imprécise années 40	1	-	-
<b>-----</b>			
1948	9	59	2013
1949	9	58	2014
1950	5	57	2015
1951	9	56	2016
1952	15	55	2017
<b>-----</b>			
1953	7	54	2018
1954	6	53	2019
1955	5	52	2020
1956	5	51	2021
1957	5	50	2022
<b>-----</b>			
1958	3	49	2023
1959	2	48	2024
1960	5	47	2025
1961	1	46	2026
1962	2	45	2027
1963	-	44	2028
1964	1	43	2029
1965	1	42	2030
1966	1	41	2031
	<b>122</b>		

exploitation Mission IGAS/IGAENR du fichier DGRH.

tranche d'âge	nombre de PU et MCU associés médecine générale	%
60 ans et plus	31	25,5
55 à 59 ans	47	38,5
50 et 54 ans	28	23,0
Moins de 50 ans	16	13,0
	<b>122</b>	

exploitation Mission IGAS/IGAENR du fichier DGRH.

## 2- Répartition des enseignants associés de médecine générale dans les facultés de médecine

ETABLISSEMENT	PU	MCU	TOTAL
AMIENS	1	2	3
ANGERS	3	1	4
ANTILLES	0	2	2
BESANCON	2	1	3
BORDEAUX	2	3	5
BREST	1	2	3
CAEN	2	1	3
CLERMONT-FERRAND	1	3	4
DIJON	1	2	3
GRENOBLE	1	2	3
LILLE	2	2	4
LIMOGES	2	1	3
LYON	4	1	5
MARSEILLE	1	4	5
MONTPELLIER	3	2	5
NANCY	1	3	4
NANTES	2	1	3
NICE	2	1	3
POITIERS	1	2	3
REIMS	2	1	3
RENNES	2	1	3
ROUEN	1	3	4
SAINT-ETIENNE	0	2	2
STRASBOURG	2	1	3
TOULOUSE	2	3	5
TOURS	1	2	3
PARIS V	5	3	8
PARIS VI	2	2	4
PARIS VII	4	3	7
PARIS XI -KREMLIN-BICETRE	1	2	3
PARIS XII - CRETEIL	1	1	2
PARIS XIII - BOBIGNY	0	3	3
PARIS - OUEST	3	1	4
	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>122</b>

Source : Ministère de l'éducation nationale/ direction générale des ressources humaines

**Annexe 7 : Les enjeux de la recherche en médecine générale**

## Les justifications de la recherche en médecine générale

La médecine générale, telle qu'elle est définie par l'OMS, est à la fois une discipline et une pratique dans un positionnement particulier au sein du système de santé. Ainsi, le médecin généraliste est amené à prendre en charge des affections que ne voient pas, ou rarement, les autres intervenants du système de santé.

Comme l'écrit justement Gérard de Pouvourville <sup>1</sup> *"La justification première d'une recherche en médecine générale est donc qu'il existe un vaste domaine de soins offerts à la population qui ne bénéficie pas, ou peu, d'investigations scientifiques rigoureuses, alors que celles-ci sont considérées comme nécessaires et incontestables en médecine hospitalière, avec des retombées pour la médecine spécialisée de pratique ambulatoire. Ces investigations scientifiques ne relèvent pas d'une recherche en sciences de la vie : il s'agit essentiellement de recherche clinique et épidémiologique dont le domaine d'application est celui des patients pris en charge en médecine générale. Cette patientèle a des caractéristiques et présente des problèmes de santé spécifiques, qui sont ceux que l'on observe en médecine de première ligne."*

*"...Du fait de sa position de premier contact, le médecin généraliste est également en position privilégiée pour mener des actions de prévention primaire et de dépistage, et également de prévention secondaire par la gestion des facteurs de risque pour ses patients ayant eu un premier épisode de maladie et présentant un risque de récurrence. Il peut également jouer un rôle important en matière d'éducation à la santé."*

*Enfin, dans son rôle de médecin traitant, il doit adopter une démarche globale de prise en charge qui prenne en compte les dimensions biologiques, psychologiques et sociales des affections présentées par ses patients. Cette démarche s'inscrit dans la durée."*

La recherche en médecine générale est donc indispensable pour améliorer et garantir la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes. Les acquis des études réalisées vont enrichir les connaissances nécessaires à cette pratique ; elles constituent le corpus académique spécifique à la médecine générale.

Mais les connaissances acquises seront également utiles aux autres disciplines médicales, y compris celles exercées à l'hôpital où la proportion croissante de patients âgés polypathologiques pose de plus en plus fréquemment des problèmes de stratégie thérapeutique et de coordination des soins identiques à ceux que rencontrent les généralistes au quotidien.

### De quelle recherche s'agit-il ?

Quand on parle de recherche en médecine générale, il est traditionnel de distinguer deux champs cognitifs différents :

- Comme pour les autres disciplines, la recherche en médecine générale est d'abord une recherche clinique et épidémiologique sur les problèmes de santé rencontrés par les médecins de première ligne. C'est la recherche à laquelle on pense en premier et que certains assimilent à la recherche **en** médecine générale.

---

<sup>1</sup> "Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions", Rapport de Gérard de Pouvourville, 31 mai 2006

- Il existe aussi une recherche sur les pratiques et les modalités d'exercice de la médecine générale au sein du dispositif d'offre de soins. Elle traite donc des rôles respectifs des différents professionnels de la santé et du secteur médico-social, et de leur coordination. Dans cette acception, on peut parler de recherche **sur** la médecine générale ou, plus largement, de recherche **sur** les soins primaires. Ce secteur de recherche est encore peu développé en France, à la différence des pays anglo-saxons et du nord de l'Europe où la "*Health Services Research*" jouit d'un intérêt justifié.

Ce secteur de connaissance implique à l'évidence d'autres disciplines que celles de la médecine ; on peut énumérer à titre d'exemple et de manière non limitative la psychologie, la sociologie, l'économie, l'anthropologie, etc.

### **Etat des lieux de la recherche en médecine générale et sur les soins primaires en France**

D'une étude réalisée en 2001 par MM.Levasseur et Schweyer, rapportée par M. De Pourville, il ressort que la production scientifique française concernant la médecine générale est encore quantitativement modeste, si on la compare aux autres disciplines. Les publications dans les revues en langue anglaise sont rares.

Pour Gérard De Pourville "*ceci n'est pas surprenant : les médecins généralistes enseignants n'ont pas reçu une formation spécifique à la recherche au cours de leur cursus, et n'ont pas non plus encore un environnement favorable à la réalisation de projets ambitieux*".

De fait, en l'absence d'enseignants titulaires et en nombre suffisant (par ailleurs accaparés par l'organisation des activités d'enseignement aux étudiants des deuxième et troisième cycles), la recherche en médecine générale n'est pas l'apanage des départements universitaires de médecine générale. Actuellement, les recherches sont principalement faites dans le cadre de sociétés savantes (notamment SFMG, SFTG et section recherche du CNGE) et des divers réseaux, soit d'initiative strictement locale, soit dans le cadre d'expérimentations plus larges financées par des institutions concernées par la recherche en médecine générale :

L'INSERM, notamment au travers de son comité d'interface INSERM - médecine générale, et la CNAMTS ont participé au financement d'une douzaine de postes d'accueil pour des recherches en médecine générale. La CNAMTS a exprimé son intérêt pour des recherches portant sur l'accès aux soins et sur la rationalisation de l'offre en santé.

La Haute autorité de santé a, en janvier 2007, sélectionné treize projets de recherche dans une perspective de développement de la qualité des soins et dont trois concernent directement la médecine générale<sup>2</sup>.

La diffusion des travaux réalisés se fait au travers d'un nombre limité de périodiques français. Quant à l'impact et au degré d'adéquation des travaux réalisés par rapport aux attentes des médecins généralistes, c'est une question encore non explorée.

---

<sup>2</sup> il s'agit des projets relatifs :

- à la poly prescription en médecine générale : analyse des facteurs déterminants de la prescription dans les situations médicales complexes à fort risque de iatrogénèse et proposition de stratégie de remplacement ;
- expérimentation pilote de suivi coordonné de patients par la médecine générale et les infirmières libérales associées à des modes de rémunération mixte ;
- évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle et collective des patients à risque cardio-vasculaire en médecine générale.

Il existe donc d'authentiques ressources, mais encore peu nombreuses et relativement dispersées.

Dans le cadre de la réflexion menée pour la création de la filière universitaire de médecine générale, la mission recommande :

- de proposer aux internes de médecine générale qui en ont le goût, qu'ils s'inscrivent dans des masters existants, en l'attente d'émergence progressive d'options spécifiques ;
- de faire du clinicat en médecine générale, une période privilégiée de formation à la recherche ;
- pour la raison précédente et dans un souci d'efficience, privilégier les créations de postes de chef de clinique en médecine générale dans les DUMG ayant d'ores et déjà montré un dynamisme avéré pour la formation à la recherche ;
- d'avoir à l'égard de la médecine générale, le même niveau d'exigence pour les futurs enseignants-chercheurs que dans les autres disciplines médicales ;
- d'ouvrir la recherche sur les soins primaires aux disciplines médicales et non médicales (sciences humaines et sociales notamment) ;
- de donner aux départements universitaires de médecine générale des moyens équivalents à ceux dont jouissent les autres disciplines médicales.

**Annexe n° 8 : Modalités de rémunération de l'activité de soins des enseignants et simulations comparées avec les émoluments hospitaliers**

L'hypothèse retenue par la mission d'une monovalence universitaire combinée à une pratique obligatoire de médecine générale en cabinet sur une durée qui pourrait être de l'ordre de 1 à 2 jours par semaine nécessite de vérifier la pertinence économique d'un tel schéma, notamment par comparaison avec les émoluments hospitaliers d'un professionnel HU.

La mission a essayé de comparer économiquement parlant les émoluments hospitaliers avec l'équivalent activité libérale d'un médecin généraliste, sur la base des données moyennes observées dans les dernières études publiques<sup>3</sup>.

Les paramètres à prendre en compte sont les suivants :

- la comparaison porte sur les émoluments hospitaliers des chefs de clinique, maîtres de conférence et professeurs des universités rapportée aux honoraires des médecins généralistes ; les émoluments retenus sont les médianes observées pour chacun des grades concernés ;
- les honoraires reconstitués tiennent compte des charges professionnelles (qui représentent environ 46% du total des honoraires et qui intègrent les cotisations sociales, des impôts et taxes liés à l'activité professionnelle libérale), ce qui permet une homogénéité de données au regard des revenus imposables ;
- le tableau est établi à partir des données moyennes observées sur l'ensemble des médecins généralistes, sans tenir compte à ce stade d'un profil d'activité éventuellement différent des enseignants associés.
- Les honoraires nets calculés sont convertis en volume d'actes mensuel à partir d'une valeur du C à 21 €(hypothèse basse, qui ne tient pas compte des visites et des majorations selon la nature des patients-forfaits ALD), puis journalier, à partir des travaux menés par la CNAMTS, sur la durée moyenne d'activité des généralistes. Le chiffre retenu pour le nombre de jours d'activité est de 5,5 jours par semaine, soit 22 jours par mois.

Le tableau présente en premier lieu une **reconstitution théorique d'activité** nécessaire pour rendre équivalente la rémunération libérale à celle des émoluments hospitaliers.

	émoluments hospitaliers mensuels nets	Equivalent honoraires nets	Conversion en nombre d'actes mensuels	Conversion en nombre d'actes hebdomadaires	Nombre d'actes à réaliser /jour si activité sur 2
PU	3560	7739	369	85,70	43
MCU	2840	6174	294	68,37	34
CCU-AH	1540	3348	159	37,07	19

Les résultats de cette simulation, calculés sur des données moyennes tous généralistes confondus, et donc non nécessairement adaptés au cas des MG enseignants, révèle que le niveau d'activité requis est assez élevé pour atteindre l'équivalent des émoluments d'un bi-appartenant, particulièrement pour un PU-PH, car cela supposerait de réaliser 85 actes en 2 jours, soit en moyenne 43 par journée, chiffre très supérieur aux données moyennes observées dans les études récentes, qui se situent plutôt entre 15 et 20 actes par jour. Pour un CCA, les chiffres semblent plus compatibles avec cette moyenne, sous réserve de pouvoir s'assurer que le CCA aura un niveau d'activité similaire à celui d'un médecin généraliste installé depuis longtemps<sup>4</sup>. Pour autant le chiffre ainsi calculé est une hypothèse haute, la valorisation de

<sup>3</sup> Les études prises en compte sont celles de la DREES, Etudes et résultat n°457 sur les revenus des médecins libéraux, et l'étude de la CNAMTS, Point Stat n°33 « une semaine d'activité des généralistes libéraux ».

<sup>4</sup> Les récentes études montrent que l'effet génération joue moins que par le passé dans la dispersion des revenus (cf Etudes et résultats n° 482 sur la dispersion des honoraires des omnipraticiens).

l'acte moyen pouvant modifier sensiblement le résultat ; en effet, si on prend une valeur de l'acte moyen à 25 € les résultats sont moins défavorables : on passe à un volume d'actes pour un PU de 36 au lieu de 43.

Une autre façon de procéder consiste à **comparer le revenu actuel des enseignants associés (rémunération universitaire et libérale) au revenu possible à l'issue de la réforme.**

Les dernières données relatives aux revenus moyens des médecins généralistes, tels qu'ils résultent des études de la DREES<sup>5</sup> montrent que, le revenu libéral moyen net de charges (donc comparable aux émoluments hospitaliers) en 2004 des omnipraticiens est de 63 666 €, ce qui ramené à un niveau mensuel correspond à 5 300 €

Les données transmises par la CNAMTS sur le profil moyen d'activité des enseignants associés comparés à celui de l'ensemble des médecins généralistes, montre que l'activité moyenne d'un enseignant associé représente en niveau d'honoraires 90% des honoraires moyens des médecins généralistes, et 96 % en actes de consultation (78% en visites), comme le montre le tableau ci-dessous.

	MG enseignants	Autres
Honoraires totaux	111213	125179
Dépassements	4016	5201
Nombre de consultations	4080	4264
Nombre de visites	529	677
Nombre d'actes CCAM	1	25
Nombre d'actes techniques non chirurgicaux	47	128
Nombre d'actes techniques chirurgicaux	10	16

*Source : CNAMTS/ SNIR 2005 sur le champ des médecins généralistes libéraux à part entière*

On peut déduire de ces données, que les enseignants associés ont une activité correspondant à 90 % de celle d'un généraliste moyen, pour tenir compte de leur activité dans le DUMG, ce qui conduit à des niveaux de revenus mensuels de l'ordre de 4 770 €<sup>6</sup>.

Revenu mensuel net en euros	Avant titularisation	Après titularisation	Commentaires
Activité libérale	4770	3975	Activité libérale pour 90% d'un revenu libéral moyen avant, et 75% après
Activité universitaire	1780	3560	La rémunération d'un enseignant associé à ½ temps est la 1/2 de celle d'un titulaire
Total	6550	7535	

*Source : tableau reconstitué par la mission à partir des données DREES*

<sup>5</sup> Cf Etudes et résultats n° 457, janvier 2006 sur le revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004.

<sup>6</sup> Les moyennes et déciles ont été calculés sur **112 médecins parmi les 121**. Pour ces 112 médecins, 1 seul médecin a une activité très faible (seulement 1 consultation remboursée en 2005) ; pour les autres, on enregistre au minimum 452 consultations et pour la plupart des médecins un niveau de consultations élevé. Ainsi, on voit que pour le 1er décile, on a au moins 2 535 consultations, c'est à dire que pour 90% des 112 médecins de notre échantillon, le nombre de consultations est supérieur à 2 535. Sur les 9 autres médecins de l'échantillon, 1 n'est pas considéré comme actif à part entière et 8 n'ont pas été retrouvés (problème d'identifiant).

**Cette simulation montre que la situation future, compte tenu de la forte revalorisation liée à la titularisation, est plutôt favorable, même en ayant pris l'hypothèse d'une réduction d'activité de la partie soins (de 90% du revenu libéral net de charges avant la réforme, aux  $\frac{3}{4}$ ) Une réduction plus forte de l'activité en passant à 60% du revenu moyen serait neutre globalement en termes de revenus par rapport à la situation actuelle.**

Tous ces calculs sont effectués sur la base des moyennes et mériteraient d'être affinés en tenant compte de la dispersion des revenus libéraux.

Les données transmises par la CNAMTS montrent que la dispersion des revenus des enseignants par rapport à la moyenne des médecins généralistes est moins forte que pour ces derniers, ceci étant particulièrement vrai aux deux extrêmes de la courbe de concentration, comme le montre le tableau ci-dessous.

	Enseignant médecine générale	de Médecins généralistes
D9/D1	2,47	3,34
D9/D5	1,48	1,64
D5/D1	1,67	2,04

*Source : Données CNAMTS/ SNIR 2005*

*La lecture du tableau est la suivante : D9/D1 est de 2,47 pour les enseignants et 3,34 pour les médecins généralistes signifie que les 10% de médecins aux honoraires les plus élevés gagnent 2,47 fois (ou 3,34 fois) plus que les 10% aux honoraires les plus faibles. D9/D5 correspond à la comparaison entre les 10% aux honoraires les plus élevés et la médiane (valeur qui partage en deux ensembles équivalents ceux qui gagnent plus et ceux qui gagnent moins. D5/D1 compare le niveau de la médiane au niveau des 10% qui gagnent le moins.*

**Au total, les données recueillies ne font pas apparaître de difficultés majeures, mais il importe d'assurer un suivi dans le temps, et sans doute plus précis, dans la mesure où le mode de rémunération majoritairement à l'acte de la partie soins peut constituer une difficulté qu'il ne faut pas sous estimer à court terme dans les modalités d'atteinte de l'équilibre économique de la partie soins pour un enseignant chercheur en médecine générale.**

**Annexe n° 9 : Conséquences sur la retraite de la titularisation des  
enseignants associés.**

La mission a souhaité, sans toutefois pouvoir établir de simulations fines, qui supposeraient de disposer d'informations nominatives détaillées sur les personnes concernées, identifier les difficultés possibles en matière d'intégration des enseignants chercheurs au regard des droits à la retraite.

Les données ci-dessous sont donc tirées d'informations générales obtenues de l'IRCANTEC et du service des pensions.

### 1°) Régime des cotisations sociales applicables en cas de cumul d'activité

Aujourd'hui les intéressés sont, à titre principal, des professionnels libéraux, exerçant une activité de collaborateur non titulaire de l'université, pour laquelle ils cotisent au titre de la retraite en tant que contractuel (régime de l'IRCANTEC).

En cas de titularisation, ces personnels vont devenir, à titre principal, des fonctionnaires de l'Etat avec le statut social qui s'y attache ; les honoraires qu'ils continueront de toucher de leur activité libérale seront considérés comme un cumul d'activité et de rémunération privées, autorisé, sinon obligatoire.

	<b>Régime HU titulaire</b>	<b>CCU-AH sans activité libérale à hôpital</b>	<b>CCU-AH avec activité libérale à hôpital</b>	<b>Enseignant chercheur avec activité libérale</b>
<b>Partie universitaire</b>	Régime fonction publique	Ircantec	Ircantec	Régime fonction publique
<b>Partie hospitalière</b>	CSG, CRDS et 1% solidarité chômage ; pas de cotisation retraite sauf régime additionnel de retraite pour les fonctionnaires et cotisation volontaire Prefon (LFSS 2007)	Ircantec sur totalité rémunération universitaire et hospitalière	Ircantec sur totalité rémunération universitaire et hospitalière, et cotisations sur activité libérale (CARMF)	Sans objet
<b>Cumul activité non salarié</b>	Possible à l'hôpital ; cotisations proportionnelles au régime des « non non »	Sans objet	Idem HU titulaire	Cotisations proportionnelles aux honoraires au régime des « non non »

source : Tableau établi par la mission

### 2°) Impact sur la retraite de l'intégration dans le futur statut des actuels enseignants associés

Les difficultés pressenties portent sur les cas des enseignants associés qui ne pourraient, compte tenu de l'âge de leur titularisation, atteindre les 15 ans de service en tant que fonctionnaire titulaire pour prétendre à une retraite de l'Etat.

***a) Le rachat d'années de services pour atteindre les 15 ans***

En cas d'années manquantes par rapport aux 15 ans, le bénéficiaire peut procéder à un rachat d'années de services auxiliaires, aux conditions ci-dessous :

- le rachat s'effectue sur la base du traitement correspondant à l'indice détenu au moment de la demande, c'est à dire aux conditions indiciaires applicables en tant que titulaire (articles R7 et D3 du Code des pensions);
- il n'est pas possible de racheter uniquement le nombre d'années manquantes par rapport aux 15 ans, mais la durée totale des services (article D2 du code des pensions) ; en pratique, si un enseignant associé a travaillé 10 ans sous ce statut, et même s'il lui manque 5 ans pour atteindre les 15 ans, il devra racheter 10 ans de services ;
- le montant total du rachat suppose de déduire les cotisations versées au régime général et à l'IRCANTEC.

Les montants donnés ci-après ne constituent que des ordres de grandeur, et ne retranchent pas les cotisations versées au RG et à l'IRCANTEC.

Pour un rachat de 3 ans avec un régime indiciaire en A3 (traitement annuel brut de 52 400 € le coût est de 12 340 € pour 3 ans, 20 600 € pour 5 ans, 41 000 € pour 10 ans,

***b) Le rétablissement dans le régime de l'IRCANTEC***

Les enseignants titularisés qui n'auront pas 15 années de fonctions comme titulaire au moment de leur retraite seront soumis au régime suivant, et qui ne rachèteraient pas des années de service se verront appliquer le schéma suivant :

- ils seront basculés sur le régime général, celui-ci se retournant vers l'Etat pour facturer la période considérée (cotisation employeur et salarié) ; par exemple : si la personne a été 10 ans fonctionnaire, le régime général appelle sur la base du salaire plafond de la sécurité sociale sur ces 10 années en appliquant le taux de cotisation employeur et salarié.
- pour la part complémentaire (plafond cadre), l'IRCANTEC facturera à l'intéressé les cotisations correspondant à la période ; à la retraite de l'agent, l'IRCANTEC va précompter sur la pension 20% des cotisations dues et cela jusqu'à épuisement de la dette. Les parts « employeurs » et « salariés » n'étant pas fongibles dans la réglementation actuelle, il se peut que les cotisations payées par l'employeur dans le régime d'origine soient plus que suffisantes pour couvrir les parts employeur nécessaires à la validation des droits dans les régimes de la CNAV et de l'IRCANTEC, sans pour autant qu'il en soit de même au niveau des parts agents. Dans ce cas, l'IRCANTEC demanderait à l'affilié de verser un complément pour la validation des droits.

Classe et échelon	Rémunération	Cotisations à verser à l'IRCANTEC - part agent		
		Rétablissement au bout d'un an	Rétablissement au bout de 5 ans	Rétablissement au bout de 10 ans
PU 2ème Cl. 6ème Ech.	47 266	1 621	7 739	14 472
PU 1ère Cl. 3ème Ech.	59 834	2 369	11 478	21 950
PU Cl. Except. 2ème Ech.	70 845	3 024	14 754	28 501
MCU 1ère Cl. 6ème Ech.	44 043	1 430	6 781	12 554
MCU Cl. Except. 6ème Ech.	51 670	1 884	9 050	17 092

*Source : Ircantec*

**Le tableau ci-dessus donne quelques ordres de grandeur pour la part agent en fonction du grade, et du nombre d'années de rétablissement.**

Pour lire le tableau, il faut comprendre que le rétablissement au bout d'un an signifie que la personne a été titularisée pendant 1 an, et ainsi de suite. Le coût est d'autant plus élevé que la personne a été fonctionnaire longtemps (sans atteindre les 15 ans).

**Dans les deux cas, les montants ainsi payés sont déductibles des revenus imposables.**