

10^e
ANNIVERSAIRE

CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE

Sous l'égide du

Collège
de la
Médecine
Générale



31 MARS
02 AVRIL
2016
PARIS

Palais des Congrès

www.congresmg.fr



©OVERCOME

DOSSIER DE PRESSE

Introduction

Mesdames, messieurs les journalistes,

Je suis très heureux de pouvoir vous accueillir pour le 10^{ème} Congrès de la Médecine Générale France.

Cette édition « anniversaire » s'inscrit dans un contexte particulier pour la médecine générale. L'année 2015 a en effet été marquée par une forte mobilisation de la profession, pour une reconnaissance du rôle des acteurs de soins primaires, pour adapter la formation professionnelle aux évolutions environnementales et sociétales, pour contribuer à l'évolution difficile du système de santé français. Aujourd'hui, aux côtés de nos homologues européens, toutes les composantes de la discipline, unies, doivent poursuivre leurs travaux respectifs pour développer les soins qu'attendent les patients : initier de nouveaux travaux de recherche en médecine générale, collaborer aux nombreux groupes de réflexions professionnels et institutionnels, développer les collaborations multidisciplinaires.

Le Congrès de la Médecine Générale France permet de réunir en un même lieu tous les acteurs de la discipline médecine générale. C'est pourquoi le Comité d'organisation a souhaité faire de cette 10^{ème} édition un moment fort pour l'avenir, le symbole d'une adhésion commune de la profession pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Comme chaque année, les participants pourront découvrir des informations médicales scientifiques ou professionnelles, parfois consensuelles, parfois polémiques, souvent en lien avec l'actualité. *Les mutations de notre système de soins sont elles souhaitables, les évolutions envisagées sont elles pertinentes ? Comment conjuguer demain exercice libéral individuel, pôles et maisons de santé, nouveaux modes d'exercice, collaborations pluri professionnelles, parcours de santé et plan personnalisé de soins ?* Sur tous les sujets abordés, le Congrès permettra de « construire » pour s'emparer du destin de la médecine générale. Cet avenir concerne toutes les générations, des étudiants et internes à nos confrères qui chaque jour accompagnent dans leur vie sociale et personnelle les patients.

Cette 10^{ème} édition c'est aussi l'occasion de rappeler le rôle du Collège de la Médecine Générale, celui de promouvoir la qualité de l'exercice de la médecine générale, celui de fédérer et mobiliser les différentes composantes de la discipline et de les représenter auprès des instances politiques, professionnelles et institutionnelles.

Aujourd'hui, nous fêtons les 10 ans du Congrès, et ce n'est que le commencement, d'une longue série... Merci d'être les relais de nos actions



Pr. Pierre-Louis Druais
Président du Collège de la Médecine Générale

Sommaire du dossier de presse

INTRODUCTION

p. 02

I. DE L'IMPORTANCE DU RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Contexte et actualité sur 5 thématiques traitées lors du Congrès

| | |
|-------------------------------|------------|
| Surpoids et activité physique | p. 04 - 07 |
| Santé mentale | p. 08 - 11 |
| Les médicaments | p. 12 - 14 |
| Cancer et Médecine Générale | p. 15 - 17 |
| Mutations professionnelles | p. 18 - 22 |

II. LE CONGRÈS

| | |
|--|------------|
| Histoire | p. 23 |
| Comités d'organisation et scientifique | p. 24 - 25 |
| 10 ans... | p. 26 |
| Le café littéraire | p. 26 |
| Présentation du Grand témoin | p. 26 |
| Ouverture internationale | p. 26 |

III. LE COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

| | |
|----------------------------|-------|
| Histoire | p. 27 |
| Missions du collège | p. 27 |
| Structures adhérentes | p. 28 |
| Composition du bureau | p. 29 |
| Les sessions du congrès... | p. 30 |

Le Congrès de la Médecine Générale est le rendez-vous annuel de la Médecine Générale, le lieu et le moment où tout converge : les travaux, les productions, les médecins de terrain. Chacun doit pouvoir trouver ce qu'il cherche, la réponse à ses questions, découvrir de nouveaux sujets, de nouvelles approches, etc.

Le Congrès rassemble :

- Du scientifique et du professionnel
- Du pratique, à travers des ateliers de gestes techniques
- Le point sur... Des stratégies en soins primaires, par exemple analyse critique vis-à-vis de données et/ou recommandations des agences, en s'appuyant sur des exemples internationaux
- Des nouveautés : actualités, polémiques, problématiques émergentes
- Une ouverture sur divers champs d'activité et/ou modes d'exercice : exercice en équipe, enseignement, recherche
- Des fils rouges permettant au congrès de se situer dans le débat public

SURPOIDS ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

CONTEXTE

L'obésité est une maladie chronique. C'est aujourd'hui un problème de santé publique majeur.

En 2012, **32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids** ($25 < \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et **15% présentent une obésité** ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) (ObEpi 2012).

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé en accord avec les plus récentes publications sur le sujet préconisent une intervention multifactorielle : « si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an, le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées) ». Cette recommandation s'appuie sur des études d'intervention, dont une méta-analyse qui montre bien la meilleure efficacité d'une intervention associant diététique et activité physique par rapport à diététique ou activité physique seule.

Le rapport « Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, référentiel et organisation » de la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'Offre de soins publié en 2014 propose une stratégie de **prise en charge** de l'obésité de l'adulte et de l'enfant reposant **sur des concepts opérationnels simples** :

- **Graduation de l'offre :**

- le médecin traitant représente la porte d'entrée dans le dispositif. Il a plusieurs rôles :
 - identifier les personnes obèses, en surpoids (et à risque d'obésité),
 - faire un premier bilan des facteurs de risques et des comorbidités,
 - identifier le niveau de recours pertinent pour cette personne, avec elle.

- **Maintenir ou développer la motivation de la personne.**

- **Dans une perspective de parcours de santé où chaque acteur a des compétences complémentaires.**

Ce rapport présente cette prise en charge, essentiellement éducative en **3 niveaux** :

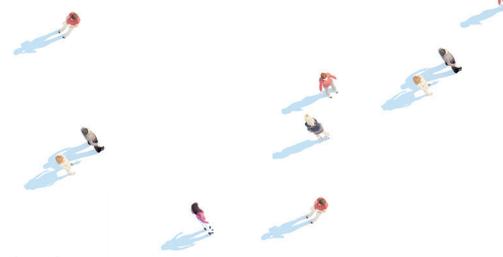
- **Niveau 1** : reposant sur les soins de premier recours, autour **du médecin traitant entouré si besoin d'une équipe pluriprofessionnelle** (diététicien, kinésithérapeute, psychologue, éducateur en APA). Il peut aussi s'adresser à une structure de recours de proximité, comme un réseau de santé
- **Niveau 2** : comportant des **structures de recours** (centre hospitalier, réseau de santé, ...) **auxquelles le médecin traitant s'adresse pour le parcours du patient.**
- **Niveau 3 : niveau régional**, impliquant notamment le CSO et les SSR. Ces structures peuvent gérer des parcours multicibles et pluriprofessionnels, pour des patients porteurs de pathologies complexes ou de problèmes médico-psycho-sociaux nécessitant des interventions spécialisées et coordonnées.

LE RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

C'est indéniable, le rôle des soins primaires est essentiel, et le **médecin généraliste** est particulièrement impliqué. Dans le suivi des individus et des familles, il est le **principal acteur du repérage de l'obésité**, chez les enfants et chez les adultes :

- Chez les enfants, la dynamique de la courbe de corpulence est l'outil de repérage et de diagnostic.
- Chez l'adulte, l'IMC est l'outil de repérage associé à la mesure du périmètre abdominal.

Le médecin généraliste, médecin de la famille, est un observateur des psychopathologies familiales, qui sont un facteur de risque de l'obésité.



La diététique et l'activité physique sont les deux principaux traitements de l'obésité.

Tous les généralistes connaissent la difficulté qu'ont leurs patients à aborder les problèmes de poids. Les maltraitances pendant l'enfance sont fréquentes, la souffrance des personnes constante.

Des outils comme l'entretien motivationnel sont nécessaires pour construire une décision partagée et pour travailler sur les changements de comportement.

Il s'agit d'**organiser des parcours coordonnés entre intervenants, dans un projet construit avec les patients et ses professionnels**. Le travail collaboratif avec les psychologues, les diététiciens, les kinésithérapeutes et les éducateurs en Activité Physique Adaptée sont une plus-value des prises en charge. Il faut également **organiser l'articulation entre les soins primaires et de recours**. Cela nécessite de construire ces coopérations, et la transmission d'informations. Si des structures d'appui ont un rôle essentiel, la prise en charge de l'obésité est un travail sans la durée, tant pour les soignants que pour les patients. Le médecin généraliste est encore le mieux placé pour ce suivi dans la durée.

Quelques références bibliographiques

- Haute Autorité de santé (2011) Recommandations : « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent ». Septembre.
- Haute Autorité de santé (2011). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - actualisation des recommandations 2003. Saint-Denis. HAS ; 2003
- Haute Autorité de santé (2011) Recommandations : Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours Septembre.
- CAREY M., SMALL H., YOONG S.L., BOYES A., BISQUERA A. & SANSON-FISHER R.. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2014 ; 64: e122-7.
- DANESE A. & TAN M.. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. 2014 ; *Mol Psychiatry* 19: 544-554.
- BRAY G., LOOK M. & RYAN D. Treatment of the obese patient in primary care: targeting and meeting goals and expectations. *Postgrad Med* 2013 ; 125: 67-77.
- VAN DILLEN S.M., VAN BINSBERGEN J.J., KOELEN M.A. & HIDDINK G.J. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: a critical review. *Patient Educ Couns* 2013 ; 90: 155-169.
- FOCK K.M. & KHOO J. 2013. Diet and exercise in management of obesity and overweight. *J Gastroenterol Hepatol* 28 Suppl 4: 59-63.



ÇA BOUGE...

OBEPEDIA : après la prise en charge coordonnée de l'obésité de l'adulte, la Direction Générale de l'Offre de Soins a lancé en 2015 un groupe de travail consacré à la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Ces groupes de travail avancent sur la notion de « parcours coordonné » dans lesquels les soins primaires ont toute leur place. Cela signifie que les organisations des professionnels de premier recours sur les territoires de santé de proximité sont au cœur de ces dispositifs. Le Collège de la Médecine Générale est impliqué dans ces réflexions.

Prévention de l'obésité de l'enfant

Afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des enfants de trois à huit ans à risque d'obésité, des expérimentations vont être menées à partir de mi 2016.

Dans le cadre de ces expérimentations, le médecin traitant qui aura décelé chez l'enfant un risque d'obésité selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, aura la possibilité de prescrire une prise en charge forfaitaire.

Celle-ci comprend des consultations diététiques, des bilans d'activité physique et/ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille.

L'objectif est de favoriser une prise en charge précoce et adaptée à chaque contexte de vie des enfants en surpoids / obèses et de leurs familles (notamment défavorisées), grâce à la mise en place d'un forfait spécifique.

Le médecin traitant sera le prescripteur de ce forfait et coordonnera les soins. Par sa connaissance de l'enfant et de sa famille, il est le mieux à même pour d'une part proposer cette prise en charge à la famille et d'autre part pour en suivre son efficacité.



LES ACTIONS DU CMG

- Participation à la rédaction du rapport « *Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Référentiel et organisation* » remis par Olivier Ziegler, responsable du GCC-CSO et Président de l'AFERO (Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité) à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins, 2014.
- Participation au Comité de suivi du projet de parcours de soins pour la prise en charge de l'obésité sévère de l'enfant et de l'adolescent (OBEPEDIA), 2014
- Participation au groupe de travail de la DGOS dans le cadre de l'état des lieux de l'organisation de la prise en charge des troubles du comportements alimentaires en France, depuis 2015
- Proposition d'indicateurs dans le document de réflexion du Collège « une ROSP pour tous en médecine générale », remis à la Cnamts en 2016
- Mise en place d'un groupe de travail composé de cinq experts



LISTE DES SESSIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉMATIQUE

Vendredi 1^{er} avril :

- Le patient dans la balance (Communications orales) 
- Vieillir (Communications orales) 



Samedi 2 avril :

- Soins pour tous et tous pour un (Communications orales) 
- Enfance et inégalités sociales de santé (Plénière) 
- Surpoids et obésité au quotidien : retour d'expériences (Atelier) 

À PROPOS DES SESSIONS DU CMG

En France, il existe de nombreuses expériences de parcours coordonnés, associant des acteurs de soins primaires, et des équipes de soins primaires et de recours. Ces expériences doivent être colligées et analysées. Au cours du Congrès de la Médecine Générale, avec des équipes de soins primaires impliquées dans ces prises en charge coordonnées, nous allons travailler sur les freins et les moteurs à la mise en place de tels parcours. Il s'agira de retours d'expériences, sous la forme de focus groups et de groupes d'analyse des pratiques.

Notre objectif est de produire, à l'issue de ces ateliers, un document de synthèse sur les modalités de mise en place de parcours de soins coordonnés pour les patients obèses.

Il s'adressera aux médecins généralistes et aux groupes de professionnels, ainsi qu'aux structures de recours, pour « choisir avec soin » les modalités de mise en place de ces parcours.



CONTACTS

Dr Fabienne BILLIAERT : fbilliaert001@cegetel.rss.fr

Dr Éric DRAHI : e.drachi@lecmg.fr



CONTEXTE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Pourtant, lorsque l'on parle de santé, on oublie souvent la santé mentale, qui, comme la santé physique, est un équilibre entre des facteurs internes et externes propres à chaque personne.

Les patients suivis pour un problème de santé mentale sont moins bien pris en charge que les autres pour les soins somatiques. Ils ont un risque morbide plus élevé que ce soit en termes de maladies cardio-vasculaires ou respiratoires, d'obésité, de tumeurs, traumatismes et intoxications, de conduites addictives. Ces patients présentent également **une surmortalité, 3 à 4 fois supérieure à celle de la population générale**. Enfin, leur **espérance de vie est écourtée** : 10 ans en moins pour un patient schizophrène. Ces constats sont valables quelque soit l'âge des patients et leur mode de suivi (hospitalisé ou ambulatoire).

Sur le terrain, ces patients sont confrontés à une insuffisance de soins curatifs : les diagnostics ne sont pas toujours posés ou le sont de manière erronée ou retardée. Les manifestations de la maladie mentale peuvent obscurcir la démarche diagnostique et contribuer à altérer le pronostic. Les effets secondaires liés aux traitements psychotropes ne sont pas toujours pris en compte.

Concernant les soins préventifs, les patients ayant des problèmes de santé mentale sont aussi moins bien suivis tant pour les vaccinations, que pour les dépistages, les conseils diététiques, ou encore le suivi gynécologique, y compris en termes de contraception et d'accès aux préservatifs. On constate également une rupture de suivi des soins somatiques par déficit d'articulation entre les intervenants (ville/hôpital, sanitaire et médico-social, aidants...).

LE RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

L'importance quantitative et qualitative des troubles mentaux en médecine générale est une donnée établie de longue date par les instances nationales et internationales. L'Insee précise qu'ils représentent la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes et la première chez les 25 à 60 ans. Les études confirment avec des taux variables de 15 à 40 % de l'activité selon les méthodes, soit la troisième pathologie la plus fréquente après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. **Un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale. Pour ces raisons, la santé mentale fait l'objet de plusieurs plans d'action nationaux « Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 » comme internationaux « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » de l'OMS.**

La place du médecin généraliste dans l'offre de soins en France permet de comprendre et optimiser toute intervention en santé mentale. Sur l'ensemble des données conduisant le médecin à évoquer une dépression, la plupart portent sur la connaissance antérieure du contexte (15 items) et de la relation soigné-soignant (5 items). Un élément supplémentaire qualifié de « déclic » marque la perception par le médecin d'une rupture par rapport à l'état clinique précédent du patient. L'étude Mental Illness in General Health Care de l'OMS dans 14 pays a quantifié ce phénomène en montrant qu'être le généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux.

Il faut parfois rappeler que les malades mentaux les plus graves et méconnus comme les schizophrènes, ont aussi (!) un corps et les maladies somatiques habituelles de la population. Ces états multi-morbides interfèrent dans la gestion des troubles psychiques et l'état global de santé. Ils participent à une surmortalité prématurée très importante imposant au médecin généraliste traitant une vigilance médicale accrue.

Le caractère chronique et récurrent de nombreux troubles psychiques et affections mentales oblige aussi à avoir une vision globale et évolutive dans le temps. L'expression polymorphe et intriquée des troubles somatiques et psychiques trouve sa place dans l'approche polyopathologique et polysymptomatique qui est la règle en médecine générale.

Quelques références bibliographiques

- Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 : 323-9 doi:10.1684/ipe.2014.1202.
- Norton J., de Roquefeuil G., David M., Boulenger J.-P., Ritchie K., Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. Doi : 10.1016/j.encephale.2008.06.018
- OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020
- Gallais JL et Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés)*
- *Psychiatrie*, 37-956-A-20, 2002, 6 p.
- *Recommandation sur la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (Juin 2015, Fédération française de psychiatrie)*



ÇA BOUGE...

La 27^{ème} édition de la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) s'est déroulée du 14 au 27 mars 2016 sur le thème « Santé mentale et santé physique : un lien vital ».

Ces semaines sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Elles sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population.

Les objectifs de ces semaines d'information sont multiples :

- convier aux événements un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de santé mentale, dans un double but de pédagogie et de déstigmatisation ;
- rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale ;
- aider au développement des réseaux de solidarité, de prévention et de soins en santé mentale. (...)

Pour en savoir plus : www.semaine-sante-mentale.fr

Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les acteurs de la psychiatrie : un enjeu pour la qualité des soins, une priorité de la HAS

1 - Le médecin généraliste, un acteur de la prise en charge psychiatrique

En France, **le médecin généraliste** est en **première ligne** pour accueillir les patients en détresse psychique. Il est un acteur reconnu de premier recours en psychiatrie et santé mentale, aux côtés des **acteurs de la psychiatrie** (publique, libérale et associative).

L'intervention du médecin généraliste peut être multiple : prise en charge du trouble mental ou suivi médical coordonné avec les psychiatres et les équipes de psychiatrie.

La coordination avec d'autres acteurs du soin est indispensable à une prise en charge de qualité évitant les risques de rupture dans le parcours de soins.

2 - Les objectifs d'amélioration portés par la HAS

La HAS s'attache actuellement avec **l'ensemble des acteurs concernés** à :

- **identifier les dispositifs de coordination** entre le médecin généraliste et les autres acteurs du soin au travers de la littérature et des expériences existantes,
- **promouvoir des dispositifs éprouvés et pertinents** pour les **professionnels** répondant aux **attentes des patients** et de leur entourage.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LES ACTIONS DU CMG

- Participation au Comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la Haute Autorité de Santé, depuis 2014
- Co-présidence du Groupe de Coordination Médecine générale-psychiatrie à la Haute Autorité de Santé, depuis 2014
- Signature d'une Charte de partenariat entre la Médecine Générale et la psychiatrie de secteur pour améliorer la coordination entre professionnels et assurer ainsi une meilleure prise en charge des patient, 2014
- Mise en application de la Charte de partenariat via une expérimentation sur 6 territoires pilotes, depuis 2015
- Participation au groupe de travail médical de la Cnamts sur la prise en charge coordonnée des malades dépressifs, et, des thérapies, depuis 2015
- Mise en place d'un groupe de travail composé d'une dizaine d'experts

LISTE DES SESSIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉMATIQUE

Samedi 2 avril :

- Ces situations qui nous interpellent (Communications orales) 
- Santé mentale : des recommandations aux actions, le pari d'une appropriation par les professionnels de terrain (Plénière) 
- Santé mentale : retour d'expériences de collaboration médecins généralistes/psychiatres (Atelier) 

À PROPOS DES SESSIONS DU CMG

Santé mentale : des recommandations aux actions, le pari d'une appropriation par les professionnels de terrain (Plénière)

L'enjeu est de faire se rencontrer dans une plénière trois professionnels, auteurs ou promoteurs de recommandations, et les médecins généralistes qui, dans leur pratique, suivent les patients sans nécessairement « théoriser » leur prise en charge.

Le Dr Grohens (Fédération Française de Psychiatrie) nous fera part des modalités de transmission et de diffusion de la recommandation de juin 2015 sur l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, au public cible de cette recommandation que sont les généralistes.

Le Dr Sylvie Peron (Conférence nationale des CME de Centre hospitaliers psychiatriques) nous parlera d'un travail en cours. Comment l'expérimentation de Charte médecine générale/psychiatrie publique s'est concentrée sur l'optimisation de la diffusion et de l'appropriation de cette dernière dans des sites pilotes ?

Le Pr Albert Ouazana (pilote du groupe de travail à la HAS) fera un point sur le travail de synthèse du groupe santé mentale à la HAS au sujet des expériences qui identifient et valorisent les pratiques de coordination.

L'objectif de chacune de ces instances est bien de proposer des solutions à des difficultés identifiées. Ces solutions « clés en main » sont-elles à la portée des acteurs de terrain pour faire évoluer leurs pratiques et la qualité des soins proposés aux patients ?



CONTACTS

Fanny CASANOVA : fanny.casanova26@gmail.com

Marie-Hélène CERTAIN : mh.certain@lecmg.fr

Pierre-Louis DRUAIS : pl.druais@lecmg.fr

CONTEXTE

Le problème du médicament est simple à formuler, à défaut d'être simple à résoudre. Depuis la mise en place de la commission « Legrain » en 1975, composée d'experts bénévoles, et chargée de délivrer les Autorisations de Mise sur le Marché, les règles ont beaucoup évoluées. Les premières ont été mises en place pour évaluer l'efficacité du médicament, puis accompagnées par des exigences sociétales, le problème de la sécurité est devenu prégnant. Les modifications de cet environnement pilotées par l'EMA pour l'Europe, et par l'ANSM pour la France subissent aussi les influences des contraintes économiques et façonnent les comportements des prescripteurs et des patients.

LE RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Les médecins généralistes dans leurs rôles de premier recours et de médecins de synthèses, les pharmaciens d'officine dans leurs positions centrales par rapport au médicament, ne peuvent plus n'être que des acteurs passifs de ce vaste système. La santé publique doit voir naître une coordination des prescriptions et des molécules non prescrites, un système garant de la sécurité des médicaments pris par les patients. Les agences européennes et nationales ont mis en place les outils nécessaires à ces missions, mais il reste à renforcer ces mesures par une application et une coordination au plus près des patients. Et nous avons beaucoup à faire. Des règles administratives complexes parfois contradictoires, une absence de procédures claires dans la chaîne qui aboutit au pilulier du patient, des polémiques et suspicions relayées par des canaux multiples de communication jalonnent le quotidien des médecins et pharmaciens. Pourtant, qui mieux que le binôme médecin généraliste/pharmacien est à même de remplir ce rôle de centralisateur indispensable à la santé publique ? Pour en débattre, un médecin généraliste, un pharmacien, le directeur de l'ANSM et un économiste de la santé échangeront leurs points de vues.

Quelques références bibliographiques

- *Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle* Sarradon-Eck A1, Egrot M2, Blanc M-A3, Faure M1 2008.
- Pr S. Legrain, *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Consommation, Prescription, atrogénie et Observance*, HAS, 2005.
- Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, Schwartz Predictors of adherence with antihypertensive and lipidlowering therapy JS 2005.
- Base de données publique des médicaments : www.medicaments.gouv.fr

ACTUALITÉ

- Valproate : des médicaments prescrits initialement le plus souvent par un médecin spécialiste. Des risques connus depuis 2009. Un changement des règles de prescription non concerté qui aboutit à une décision inapplicable sur le terrain et risquant de mettre en danger les patients.
- Isotrétinoïdes : des médicaments dont le risque est connu, prescrit très majoritairement par les dermatologues. Des décisions nécessaires qui excluent le médecin généraliste alors que c'est lui qui suit très majoritairement les adolescentes. Une responsabilité de suivi de la contraception et du contexte psychologique qui n'est pas dans les missions du dermatologue. Aucune évaluation de l'impact sur l'accès à une prise en charge dermatologique pour les patients qui en ont besoin de façon urgente.
- Médicaments génériques : au-delà des enjeux économiques, il faut informer les professionnels de santé sur la qualité et la sécurité des médicaments génériques et leur donner des outils pour convaincre les patients et s'autoriser à générer les prescriptions des autres médecins spécialistes et des médecins hospitaliers.



La surveillance des médicaments est au cœur des missions de l'ANSM, elle constitue également un défi collectif majeur. Le médecin, par son acte de prescription, dans le cadre de son dialogue avec le patient, est un acteur essentiel pour promouvoir le bon usage du médicament.

Il a aussi une responsabilité dans le signalement des effets indésirables des médicaments et la transmission des informations sur leur utilisation en vie réelle. Le médecin, notamment le médecin généraliste, est donc un partenaire indispensable de l'ANSM pour garantir la sécurité d'utilisation des médicaments.



Les médicaments génériques sont au cœur de forts enjeux pour le système de soins.

Des enjeux économiques d'abord, mais aussi et surtout des enjeux d'observance thérapeutique. Or, l'adhésion du patient à son traitement ne peut se faire si persistent des doutes sur l'efficacité et la sûreté de ces médicaments. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a mené en 2012 une étude auprès de 100 000 patients sur la simvastatine 20mg, une des molécules anti-cholestérol les plus utilisées. L'objectif était de comparer, à partir des bases de données des remboursements de l'assurance maladie (SNIIRAM), l'efficacité du princeps (Zocor/Lodales®) et de ses médicaments génériques. L'analyse montre ainsi qu'il n'existe pas de différences d'efficacité en termes de prévention des événements cardiovasculaires graves (infarctus et AVC) et des décès (critère d'efficacité pour cette classe de médicaments) entre les deux types de médicaments. Ces résultats sont conformes à ceux des principales revues scientifiques récemment publiées qui confirment l'absence de différence en termes de résultats cliniques et d'effets secondaires entre médicaments princeps et génériques.



LES ACTIONS DU CMG

- Participation aux commissions consultatives de l'ANSM, depuis 2014
- Elaboration d'un protocole de recherche sur la prescription des benzodiazépines
- Participation à la campagne de communication sur les médicaments génériques organisée par la Cnamts (Conception et animation de tables rondes sur les médicaments génériques), 2016
- Mise en place d'un groupe de travail composé d'une quinzaine d'experts

LISTE DES SESSIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉMATIQUE

Jeudi 31 mars :

- Médicament : effet boomerang (Communications orales) 

Vendredi 1^{er} avril :

- Médicament, qui pilote ? (Plénière) 
- Génériques et prescriptions (Plénière) 
- Le mieux est l'ennemi du moins bien (Communications orales) 
- Antibiotiques, c'est toujours pas automatiques ? (Communications orales) 

Samedi 2 avril :

- Le patient et ses médicaments (Plénière) 
- Il a mal, il se soigne : un problème ? (Communications orales) 

À PROPOS DES SESSIONS DU CMG

Médicament, qui pilote ? (Plénière)

Les difficultés administratives, réglementaires, de communication sont de plus en plus importantes. Comment prescrire en sécurité dans cette jungle ? Qu'attend l'ANSM des médecins généralistes et que peut-elle nous apporter ? Un regard sur des expériences étrangères pourra nous inspirer.

Le patient et ses médicaments (Plénière)

Regard croisé des sciences humaines et des professionnels de santé sur la manière dont le patient gère ses médicaments doit nous permettre de faire du patient un partenaire éclairé dans notre décision thérapeutique.

Génériques et prescriptions (Plénière)

Travail de terrain préliminaire entre la Cnamts et le CMG pour mieux identifier les freins d'utilisation et les leviers d'une communication fructueuse sur les médicaments génériques à destination des professionnels de santé et du grand public.

CONTACTS



Pascal CLERC : p.clerc@sfmfg.org

François LACOIN : f.lacoin@lecmg.fr

François LIARD : fr.liard@wanadoo.fr

→ La prescription ne peut être sécurisée que si l'information est partagée et le rôle de chaque intervenant précisé.

→ Les décisions administratives et réglementaires doivent être prises de façon concertée et évaluées sur le terrain.

→ La lecture critique et l'évaluation du bénéfice-risque sont des éléments clés de la décision de prescription.

→ Le respect de l'autonomie du patient qui est expert de sa santé est nécessaire au partage d'informations et de confiance

→ Le médecin généraliste est le spécialiste de la molécule et le pharmacien est le spécialiste du médicament.

→ Une information de tous les professionnels de santé sur l'efficacité et la qualité des médicaments génériques est indispensable pour instaurer la confiance.

→ La délivrance du médicament générique doit respecter des règles de continuité.

CONTEXTE

Les cancers sont la première cause de mortalité en France (donnée INSERM 2011). En France métropolitaine, 355 000 nouveaux cas de cancer sont découverts chaque année. Les cancers sont responsables de 148 000 décès par an. Le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de 3 millions. Selon les dernières statistiques mondiales sur le cancer publiées par le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer), le fardeau mondial du cancer s'élève à 14,1 millions de nouveaux cas et à 8,2 millions de décès par cancer. Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du poumon (avec 1,8 million de cas, soit 13,0 % du total), du sein (1,7 million de cas, ou 11,9% du total) et le cancer colorectal (1,4 million de cas, ou 9,7% du total).

Afin de mieux prendre en charge les patients atteints de cancers, le gouvernement français a mis en place depuis 2003, un « Plan Cancer », dont la nouvelle version (2014-2019) a été dévoilée en 2014. En ce qui concerne le domaine de la Médecine Générale, ce plan prévoit, déjà depuis sa précédente version, de mieux impliquer le médecin généraliste dans le parcours de soins des patients cancéreux. Plusieurs études ont montré l'importance d'une bonne coordination entre les spécialités du cancer et la Médecine Générale. La méthode idéale de collaboration sera le suivi conjoint mais quand est-il de sa mise en place en pratique courante ? La médecine générale peut et veut, selon les résultats d'études qualitatives, s'impliquer davantage auprès des patients atteints ou susceptibles d'être atteints de cancer. Lors de ce congrès, deux plénières et un atelier seront consacrés à la lutte contre le Cancer en lien avec la médecine générale.

LE RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale a une place importante dans la lutte contre le cancer. Elle intervient dans la prise en charge globale et centrée patient (WONCA) et est impliqués tout au long du parcours de vie des patients atteints de cancer, du dépistage jusqu'à la fin de vie. Le spécialiste en médecine générale, le médecin généraliste dans sa fonction traitante, en assurant ses fonctions de prise en charge globale et de premier recours, est amené à suivre des patients en amont et à tous les stades de la maladie : prévention, dépistage puis diagnostic, phase aiguë et gestion des effets indésirables, soutien psychologique, réinsertion dans la vie professionnelle, surveillance des récidives, prescription de l'hormonothérapie, prévention secondaire et vie après la maladie.

La médecine générale est-elle « au cœur » de la prise en charge des patients atteints ou susceptible d'être atteinte de cancer ?

N'existe-t-il pas un décalage entre une volonté politique forte de mettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge multidisciplinaire et la réalité du terrain ?

Quel est le pourcentage de patients suivi de manière conjointe entre les spécialistes du cancer et les acteurs de la Médecine Générale ?

Il y a peu d'éléments chiffrés permettant d'évaluer le poids des médecins de ville dans la prise en charge du cancer (Couraud).

Une majorité de médecins généralistes se sent « très ou assez impliqué » dans les différentes étapes de la prise en charge. Environ 30% des médecins interrogés souhaiteraient s'investir davantage dans l'accompagnement psychologique des malades atteints de cancer, dans le suivi thérapeutique, ou dans l'accompagnement psychosocial des malades et de leur entourage (enquête de La Ligue réalisée en octobre 2008 auprès de 200 médecins généralistes). Jusqu'à ce jour les membres des institutions nationales et les spécialistes du cancer avaient tendance à cantonner le rôle de la Médecine Générale aux phases de prévention, de dépistage, de diagnostic et aux soins palliatifs. L'augmentation des cas de cancer, l'arrivée des chimiothérapies per os, des thérapies ciblées, mais aussi la volonté d'un virage ambulatoire dans les prises en charges des patients

bousculent les dogmes établis. Le partenariat entre le Collège de la Médecine Générale et l'Inca, établi depuis un an, l'entrée d'un membre du Comité d'administration (CA) du CMG au sein du CA de l'Inca sont des éléments contextuels témoins d'un changement de paradigme dans la prise en charge conjointe des patients atteints de cancer. Il n'est pas question que la médecine générale se substitue aux spécialistes du cancer mais elle peut agir de manière complémentaire et spécifique.

Pour cela le transfert d'information entre les spécialités liées au cancer et la Médecine Générale doit nécessairement être amélioré. Rapidité et fluidité de l'information (extension et gravité du cancer ; situations des soins reçus et délivrés ; efficacité des traitements ; effets secondaires des traitements ; pronostic de l'atteinte ; plan de suivi à moyen et à long terme) sont indispensables.

De même, nombreux sont les médecins en attente d'outils solides, notamment comme le rappelle l'actualité.

Quelques références bibliographiques

- Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med.* déc 2010;8(6):526-32.
- Emery JD, Shaw K, Williams B, Mazza D, Fallon-Ferguson J, Varlow M, et al. The RÔLE of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* janv 2014;11(1):38-48.
- Ferrat E, Le Breton J, Veerabudun K, Bercier S, Brix Z, Khoshnood B, et al. Colorectal cancer screening: factors associated with colonoscopy after a positive faecal occult blood test. *Br J Cancer.* 17 sept 2013;109(6):1437-44.
- Smith GF, Toonen TR. The RÔLE of the primary care physician during the active treatment phase. *Prim Care.* déc 2009;36(4):685-702.
- Rougé Bugat M-E, Omnes C, Delpierre C, Escourrou E, Boussier N, Oustric S, et al. Primary care physicians and oncologists are partners in cancer announcement. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 14 déc 2015;



ÇA BOUGE...

Des nouvelles fiches à disposition du Généraliste pour le suivi des chimiothérapies « ciblées »

Les progrès dans le traitement des maladies cancéreuses ont permis le développement de thérapies « ciblées ». Certaines sont données per os ou provoquent des effets indésirables pour lesquels les médecins généralistes ne sont pas toujours armés. Les recommandations HAS sur la chimiothérapie à domicile envisagent une mobilisation des généralistes et donc leur acuité dans la gestion de ces effets. Des fiches synthétiques ont été créées pour leur donner de l'information et des conduites à tenir. Le réseau Régional de Cancérologie ONCOMIP met à disposition ces fiches. Elles permettent de diviser par quatre le nombre d'hospitalisations non programmées. Un projet d'harmonisation nationale est en cours.

Renforcer le rôle du médecin généraliste dans la prévention, le diagnostic précoce et le dépistage des cancers d'une part et positionner le médecin généraliste au sein de l'équipe de soins primaires tout au long du parcours de prise en charge et jusqu'à l'après-cancer constituent des priorités stratégiques pour l'INCa. S'agissant du parcours de santé et d'une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital, le développement et la rénovation « d'outils » permettant d'améliorer les relations entre les opérateurs de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers) et l'hôpital apparaît comme stratégique et leur évolution doit se faire en partenariat avec les utilisateurs ; par ailleurs les modèles d'organisation doivent être étudiés, évalués et surtout adaptés aux spécificités locales pour être opérationnels.

S'agissant de la prévention et du dépistage des cancers, l'INCa souhaite accompagner la progression des connaissances en particulier en matière de prévention tertiaire ou de dépistage du risque aggravé, en mettant, dans une approche globale, son expertise au service de la médecine générale.

LES ACTIONS DU CMG

- Participation au Comité scientifique du Congrès de la Cancérologie française, depuis 2013
- Participation au Comité de pilotage régional (Haute-Normandie) du plan cancer III, 2015
- Participation aux comités techniques et de prospective de l'INCa pour les trois programmes de dépistage, organisé, 2015
- Contribution à la Concertation citoyenne pour améliorer le dépistage du cancer du sein, 2016
- Réalisation d'un Protocole de Recherche sur le dépistage du Cancer Colorectal en Médecine Générale, 2016
Réalisation d'une Revue de la Littérature (en cours) sur le rôle de la Médecine Générale auprès des patients atteints de Cancer, 2016
- Mise en place d'un groupe de travail composé d'une vingtaine d'experts

LISTE DES SESSIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉMATIQUE

Jeudi 31 mars :

- Dépistages : on a testé pour vous (Communications orales) 

Vendredi 1^{er} avril :

- Dépistage et vigilance (Posters commentés) 
- Cancer, rattraper les oubliés ? (Communications orales) 
- Cancer : parcours de santé, lien ville hôpital pour une meilleure collaboration (Plénière) 
- La prévention et le dépistage des cancers (Plénière) 
- Great minds think alike (Session anglaise) 
- Stratégie de dépistage du cancer colorectal et posture du médecin généraliste en consultation (Atelier) 
- Dépistage du cancer de la prostate et PSA. Une décision éclairée et partagée. Des outils d'aide (Atelier) 

Samedi 2 avril :

- Soins pour tous et tous pour un (Communications orales) 

À PROPOS DES SESSIONS DU CMG

La thématique « cancer et médecine générale » est à l'honneur de cette édition 2016 du CMGF. La plénière « **cancer : parcours de santé, lien ville hôpital pour une meilleure collaboration** » permettra d'aborder le parcours de soins des patients selon plusieurs angles avec la participation de Marianick LAMBERT, administratrice du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Philippe BERGEROT, Vice-Président de la Ligue contre le Cancer, Marie-Ève ROUGE-BUGAT, MCU de Médecine Générale et le Pr Michèle AUBIN, professeur de médecine familiale à l'Université de Laval. La plénière « **prévention et dépistage des cancers** » proposera un éclairage sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de la maladie, du diagnostic aux soins palliatifs ou au post cancer. Cette session proposera les interventions des docteurs Anne GANGLER, Julien GELLY, Julien LEBRETON et Didier MÉNARD.

Dans un format différent, **deux ateliers** proposent d'aborder d'une part la posture du médecin généraliste dans le cadre de la stratégie de dépistage du cancer colorectal, et d'autre part une réflexion sur l'utilisation du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate.

→ Plan Cancer 2014/2019 actualisé : quelle implication attendue des médecins généralistes dans le parcours de soins des patients cancéreux ?

→ Quelle adaptation de la médecine générale suite à l'augmentation des cas de cancer, l'arrivée des chimiothérapies per os et des thérapies ciblées ?

→ De la prévention aux soins palliatifs ou post cancer : le rôle du médecin généraliste pour le patient et son entourage.



CONTACTS CMG

Marie Hélène CERTAIN : mh.certain@lecmg.fr - Bernard FRECHE : bernard.freche@wanadoo.fr

CONTEXTE

Un contexte en pleine mutation

- La plupart des maladies deviennent chroniques, y compris les maladies qui étaient hier mortelles à court terme, c'est la transition épidémiologique, avec un vieillissement de la population.
- Les patients sont de plus en plus des « malades debout », il faut vivre avec ces pathologies, et polyopathologies. Le nombre se situe entre 15 et 20 millions de personnes.
- De plus, ces maladies chroniques présentent deux versants : le problème de la chronicité (vivre avec un handicap, un traitement contraignant, une modification des habitudes de vie, des surveillances régulières, ...), mais évoluent aussi par poussées, nécessitant des soins non-programmés quelques fois urgents et une approche différente de leur clinique chronique, et dans un cadre modifié (personnes vivant seules, en EHPAD, maintien à domicile compliqué voir précaire, ...).
- De plus en plus de médicaments sont accessibles, en vente libre et/ou sur internet.
- Les usagers et les patients sont informés via Internet, via les associations de patient, via les objets connectés, ils deviennent des acteurs de leur santé : cela interroge la fonction médicale, et la posture du soignant.
- Des mutations techniques, technologiques révolutionnent aussi la médecine, la chirurgie et leur environnement : chirurgie ambulatoire, outils diagnostiques et thérapeutiques accessibles, thérapies géniques, télémédecine
- Les enjeux économiques ne sont pas neutres : si l'objectif a été autrefois l'accès à tous au système de santé, avec un système solidaire, l'enjeu est aujourd'hui celui de l'équité. En effet, les inégalités sociales et territoriales en matière de santé sont un fait.

Ces évolutions inéluctables du contexte interrogent la société toute entière, les décideurs, et les professionnels. Le système construit pour des pathologies aiguës, individualiste, hiérarchisé et cloisonné ne peut plus répondre, seul, aux différents enjeux.

De nouveaux paradigmes fondent la construction d'un système plus adapté au contexte :

- **Soins primaires**
- **Médecine centrée sur la personne**
- **Décision partagée**
- **Traçabilité : qualité, sécurité,**
- **Territoire de santé : proximité, coordination sur territoire plus large**
- **Coopérations interprofessionnelles**



Le suivi dans la durée, l'implication des patients, à travers information et éducation, le travail en équipe pluriprofessionnelle, le parcours de soins et de santé en fonction de besoins évolutifs dans le temps, définissent de nouveaux besoins ... et donc des organisations nouvelles à inventer.

Ces enjeux, mais aussi les enjeux démographiques, nécessitent une adaptation de l'offre de soins sur les territoires : organisation des soins primaires en équipe, organisation des parcours de soins en fonction des besoins des patients, clarification du rôle de chaque acteur, développement de protocoles et de systèmes d'informations.

LE RÔLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale en tant que discipline scientifique et d'exercice peut répondre en proximité aux différents niveaux de besoin du patient : prévention, dépistage, prise en charge de pathologies aiguës, chroniques, de polyopathologies, de situations graves et complexes, de la naissance à la fin de vie.

Pour faire face aux mutations, il est cependant évident que la médecine générale DOIT s'adapter dans ses pratiques et son organisation aux nouveaux paradigmes, pour passer d'un exercice isolé à un travail en équipe, avec d'autres professionnels de santé et sociaux sur un territoire, pour optimiser les parcours de santé du patient en fonction des niveaux de besoin.

L'identification d'un étage de soins primaires par les patients, par les autres acteurs du système dont les établissements et par les institutions, devient une nécessité

Quelques références bibliographiques

- *Les maisons de santé pluri professionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours, place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans les organisations innovantes, Thèse de santé publique et sociologie, Cécile Fournier, 2015*
- *La révolution feutrée des maisons de santé, supplément Le Monde, février 2015*
- *Rapport Druais, La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé, février 2015*

ÇA BOUGE...

Les institutions cherchent à répondre aux besoins sous forme de dispositifs « verticaux », par pathologie, ou par problème, qui répondent peu aux besoins des patients et des professionnels.

Parallèlement, les initiatives issues des professionnels de terrain sont multiples et diverses, voire foisonnantes, modèles précurseurs d'un début d'organisation des soins primaires : regroupement de cabinets, pôles et maisons de santé, centre de santé.

Ces initiatives méritent d'être mieux, connus et valorisés des médecins, des professionnels de santé, des institutions.

Le Collège de la Médecine Générale, par son abord à la fois scientifique et organisationnel des problématiques de santé, contribue à mettre en valeur ces initiatives.



Des événements comme les Rencontres de la FFMPs les 11 et 12 mars, les colloques et congrès organisés par les structures membres du Collège y contribuent :

- Congrès de MG France 10 et 11 juin 2016, à Grenoble,
- Journées Qualité SFTG- FFMPs en septembre 2016.

Les mutations professionnelles de la médecine générale : ou une médecine générale en mutation

1946-2016, ces sept décennies ont vu s'opérer en France une profonde transformation des rapports entre science médicale, santé et société dont la pratique en médecine générale porte la trace, et qui repose sur deux dimensions essentielles :

- un changement épidémiologique marqué par l'extension des pathologies chroniques, lié au vieillissement de la population et aux progrès thérapeutiques, qui a transformé la demande de soins au quotidien.
- l'effritement du mandat social d'action dévolu à la médecine en 1945, et son renouvellement, du fait de l'épuisement progressif d'une logique de fonctionnement alors fondée sur deux piliers : une délégation globale de légitimité confortée par une autonomie garantie en matière de formation, d'installation, de régulation endogène et l'octroi d'un financement d'exception issu des assurances sociales.

La remise en cause de ces deux piliers a généré de multiples tensions : l'exception financière est dorénavant confrontée aux politiques de maîtrise des dépenses de santé ; tandis que la liberté d'intervention médicale se confronte à des impératifs de qualité, de réalisation d'objectifs, de coordination, d'action préventive, et à l'irruption d'acteurs porteurs d'exigences inédites : pouvoirs publics, spécialistes multiples et professionnels paramédicaux, patients avec des façons nouvelles de faire confiance à la médecine, société avec des comités d'éthique ...

Simultanément, l'homogénéité de la profession s'est fissurée. Un fossé s'est creusé entre les domaines d'activité médicale selon qu'ils s'inscrivent dans l'avancée des recherches biomédicales ou sont amenés, comme la médecine générale, à répondre aux transformations démographiques et sociales (soins de premier recours, gérontologie).



Martine BUNGENER, économiste-sociologue

LES ACTIONS DU CMG

- « Une ROSP pour tous en Médecine Générale » : réflexion portée par le Collège sur l'évolution de la ROSP, et plus particulièrement sur sa définition, ses objectifs et ses enjeux en médecine générale. Cadre de réflexions et de propositions qui constitue une base de travail pour les personnalités en charge de la négociation conventionnelle. Ce travail révèle, en outre, la nécessité d'un ajustement de la ROSP régulier au-delà des étapes de la convention, pour assurer l'avenir de la discipline, 2016.
- Travaux permanents sur les évolutions du système de santé.

LISTE DES SESSIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉMATIQUE



Jeudi 31 mars :

- Les soins primaires en mutation : quels freins ? Quels leviers ? (Plénière) 
- Nouvelles techniques, nouveaux outils (Plénière) 
- Le bonheur c'est d'être près (Communications orales) 

Vendredi 1^{er} avril :

- Loft stories (Communications orales) 
- Exercice professionnel : voyage en terre inconnue (Communications orales) 
- Le travail ~~(c'est)~~ et la santé (Communications orales) 
- Les protocoles pluri-professionnels (Atelier) 



Samedi 2 avril :

- Information et éducation (Communications orales) 

À PROPOS DES SESSIONS DU CMG

Les soins primaires en mutation : quels freins ? Quels leviers ? (Plénière)

Des évolutions se font avec des regroupements de professionnels sous différentes formes : regroupement de cabinet, pôles de santé, MSP, centres de santé, coordination avec le système de suivi et de permanence des soins (régulation, effecteurs, centre 15, hôpital, ...), mettant en œuvre un projet de santé sur un territoire. Mais il faut aujourd'hui passer d'expériences (de 800 à 1000 MSP) et de réalisations par des professionnels motivés à une vraie réorganisation appropriée et réalisée par le plus grand nombre.

Les déterminants sont multiples et peuvent constituer des freins ou des leviers pour ces projets complexes et multifactoriels :

- Déterminants professionnels : habitudes de travail individuelles, motivations, dynamique d'équipe, existence de leader et porteurs de projets, dynamique de changement, résistance au changement, corps professionnel vieillissant, surcharge de travail, conditions démographiques pouvant pousser à trouver des solutions locales, envie de travailler autrement, gestion de projet complexe dans la durée, rapports humains inter-professionnels, formation, ...
- Déterminants extra professionnels : soutien ou non des institutions et collectivités territoriales, questions immobilières, financements, complexités administratives, montages de dossiers complexes.

Un ensemble de conditions favorisent les projets, et sont indissociables :

- Une dynamique professionnelle partant des réalités de terrain, et d'une analyse des besoins par les professionnels eux-mêmes
- Un soutien des institutions et des élus
- Des financements publics

Une politique d'accompagnement du changement doit être portée par les organisations professionnelles et les institutions. Les porteurs de projet doivent être soutenus, il s'agit le plus souvent de projets complexes, à gérer dans le temps, et pluri-partenariales.

C'est cette vision multi-partenariale que nous voulons mettre en évidence lors du Congrès : la vision professionnelle d'Hector Falcoff, la vision sociologique et de santé publique de Cécile Fournier, la vision sociologique économique de Martine Bungener, et la vision politique de Didier Tabuteau, fin observateur de l'environnement depuis de nombreuses années.

Nouvelles techniques, nouveaux outils (Plénière)

L'exercice de la Médecine Générale est en profonde mutation. Ces mutations concernent également les techniques et les outils à la disposition de Médecins Généralistes. L'intégration dans la pratique de ces mutations modifient et modifieront profondément notre métier. Comment alors adapter nos pratiques, quelles conséquences sur le parcours de soins du patient ?

Nous allons nous arrêter, durant cette session, sur quelques exemples structurants, symboles de l'évolution, de l'innovation et du dynamisme de la Médecine Générale :

- L'outil échoscopique : comment un outil, jusqu'à présent peu utilisé dans le premier recours peut-il modifié et valorisé notre pratique, et le parcours de soins du patient ?
- Le sport sur ordonnance : comment l'intégration, de ce qui était avant tout un conseil de bon sens, au sein d'une prescription médicale peut-elle modifier la prise en charge de certaines pathologies et améliorer le devenir des patients ?
- Là où il n'y a plus qu'eux : ce sont les médecins de l'extrême, isolés géographiquement des structures hospitalières, à plus de 30 minutes d'un SMUR. Comment ces médecins généralistes répondent à la demande de soins urgents et vitaux, quel est leur rôle et leur organisation ?

Nous recevrons ensuite le Pr Benoît Vallet, Directeur Général de la Santé au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, qui nous donnera la vision des pouvoirs publics sur ces mutations profondes et l'innovation dans l'exercice de la médecine en France pour les années à venir.

Nombreuses seront les questions sur toutes ces mutations technologiques et organisationnelles, et il ne faudra pas oublier non plus la formation indispensable à l'appropriation par la profession de celles-ci.

**CONTACTS CMG**

Thierry ARNAUD : t.arnaud@lecmg.fr

Marie Hélène CERTAIN : mh.certain@lecmg.fr

Pierre-Louis DRUAIS : pl.druais@lecmg.fr



HISTOIRE

Le Congrès de la Médecine Générale France et le Collège de la Médecine Générale : une histoire entremêlée.

D'abord Paris et Lyon :

Le premier Congrès de la Médecine Générale France a lieu en 2006 à Paris. Couplé avec le Congrès international de la WONCA¹.

Il présente pendant trois jours, les travaux de recherche des médecins généralistes français.

La comparaison avec des collègues de structures de médecine générale étrangères montre la qualité de nos communications. Le mouvement est lancé et se continue à Lyon l'année d'après pour sa deuxième année.

Puis Nice :

2009, le déplacement à Nice a consacré la présence des trois aspects de la Médecine Générale : soins, enseignement et recherche.

Date remarquable : 26 juin 2010, naissance officielle du Collège de la Médecine Générale.

L'acte de naissance du Collège est signé au cours du Congrès. Pendant 6 ans, le Congrès bénéficiera d'un accueil chaleureux et d'une participation active du Département de Médecine Générale de la Faculté de Nice.

Et de nouveau Paris :

Depuis 2 ans, le Congrès est revenu à Paris au Palais des Congrès, permettant une augmentation de l'affluence à la hauteur de l'événement.

Un Congrès construit par la profession pour les généralistes :

AFMG, Société Médicale Balint, Groupe Repères, FMC Action, Formunof, SFMG, CNGE, SFTG, IFED-MG, IRMG, MGform, SFDRMG, Fayr-GP ont assuré l'organisation du congrès depuis sa première session, et ont assumé le risque financier du Congrès.

Progressivement, en toute logique, le Collège de la Médecine Générale en a pris l'entière responsabilité, en tant que structure fédératrice de la profession.

Une qualité reconnue par plus de 4000 participants :

Le succès ne se dément pas, et le nombre de participants est en augmentation constante, avec plus de 4000 participants en 2014, venant de toute la francophonie.

2015 : le Congrès devient international, avec des sessions en langue anglaise. Le nombre d'abstracts est encore en augmentation, de nombreuses sessions organisées par le Collège couvrent l'actualité de la profession et proposent des collaborations avec les autres spécialités.

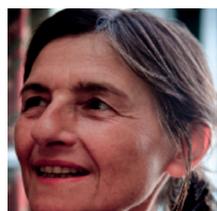
2016 : le Congrès célèbre sa 10^{ème} édition. Pour cet anniversaire, le contenu du programme scientifique a, de nouveau, pour objectif de répondre aux attentes des médecins généralistes.

Des partenariats étroits avec des institutions de références (Cnamts, INCa, INPES, HAS, ANSM...) ont conduit à la co-organisation de sessions d'actualité.

En outre, le Congrès de la Médecine Générale France bénéficie du soutien du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieure et de la Recherche et de la Mairie de Paris.

¹ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Comité d'organisation



Isabelle
de BECO



Jean-Louis
BENSOUSSAN



Marie-Hélène
CERTAIN



Pascal
CHARBONNEL



Éric
DRAHI



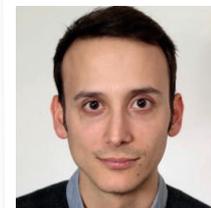
Pierre-Louis
DRUAIS



Serge
GILBERG



Jean-Pierre
JACQUET



Jean-Laurent
THEBAUT



Comité scientifique



Fabienne
BILLAERT



Michel
BISMUTH



Marie-Eve
BUGAT



Céline
CASTA



Annie
CATU-PINAULT



Isabelle
CIBOIS-
HONNORAT



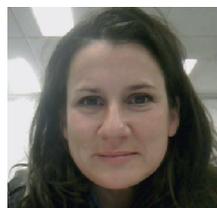
Hélène
FANTON



Jean-Pascal
FOURNIER



Paul
FRAPPE



Catherine
LAPORTE



Julien
LE BRETON



Anne-Marie
MAGNIER



Henri
PARTOUCHE



Aline
RAMOND

10 ans... Et ce n'est que le commencement d'une longue série

Pour marquer ses dix années d'existence, le CMGF prépare quelques surprises à ses participants. Célébrer cette décennie, c'est également la volonté d'affirmer la nécessité d'un rendez-vous annuel pour mettre en lumière la vitrine des connaissances, des productions de la recherche et des savoirs. Le Congrès de la Médecine Générale doit permettre de faire participer toutes les générations et tous les acteurs associatifs, institutionnels et politiques concernés par l'évolution indispensable des soins de santé primaires.

Le café littéraire



Animé par le Groupement des Écrivains Médecins, ce café littéraire sera un haut lieu de rencontre, d'échanges et de communication pour tous les passionnés de lecture et d'écriture. Pour toute information sur le programme du café littéraire se référer à la page 47 du programme ou scannez le flashcode.

Le Grand Témoin



Emmanuel HIRSCH

Apporter un autre regard sur les problématiques traitées lors de ces trois jours d'échange sera l'objectif du Grand Témoin de cette 10^{ème} édition. Emmanuel Hirsch mettra en perspective et nous proposera sa vision personnelle de l'ensemble du Congrès.

Emmanuel Hirsch est professeur des universités, directeur de l'Espace de réflexion éthique de la région Ile-de-France, de l'Espace national de réflexion éthique maladies neuro-dégénératives et du Département de recherche en éthique de l'Université Paris Sud.

Ouverture internationale

Le Collège de la Médecine Générale est le représentant officiel de la France à la Wonca, l'organisation mondiale des médecins de famille. Il est également membre observateur de l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO). Dans cette perspective, le Congrès de Médecine Générale France se veut le reflet d'une mobilisation et d'une implication des médecins généralistes français dans une politique européenne de santé. C'est pourquoi, après le succès des sessions anglophones organisées en 2015, une journée et demie est dédiée cette année aux sessions étrangères. Ces temps d'échanges permettront aux généralistes français de partager leurs expériences avec leurs homologues étrangers, de porter un regard différent sur la recherche et la pratique en médecine générale.

Le Collège de la Médecine Générale réunit l'ensemble des organisations qui œuvrent pour la discipline « Médecine générale », dans les champs professionnel, scientifique et universitaire.

Il adhère à la définition européenne de la Médecine générale telle qu'elle a été développée par la WONCA (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Il est par ailleurs le représentant officiel de la France à la WONCA et membre observateur de l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens).

HISTOIRE

La Médecine générale a longtemps été définie « négativement » et par opposition avec les autres disciplines. Au fil des années, des structures ont développé un des aspects, ou des champs de la discipline : formation, enseignement aspect relationnel, représentation et défense professionnelle.

Grâce au travail de tous, à l'instar des autres pays, la Médecine générale est aujourd'hui définie comme une discipline scientifique et d'exercice à part entière, développant soins, enseignement, formation et recherche, au même titre que les autres disciplines.

Après plusieurs tentatives, le Collège de la Médecine Générale a été créé en 2009, à l'initiative des syndicats représentatifs de Médecine Générale (UNOF-CSMF, SML, MG France, Union généraliste-FMF), et des sociétés scientifiques de Médecine Générale (CNGE, SFMG, SFTG, SFDRMG) reconnues par la profession.

MISSIONS DU COLLÈGE

- Fédérer et mobiliser les différentes composantes de la Médecine Générale
- Représenter la spécialité : discipline scientifique et discipline d'exercice
- Promouvoir la formation initiale et le développement professionnel continu
- Développer la recherche en soins primaires
- Contribuer à l'élaboration des protocoles et recommandations en Médecine Générale



STRUCTURES ADHÉRENTES

Structures professionnelles



Structures scientifiques



Structures associatives



COMPOSITION DU BUREAU



Thierry
ARNAUD
Secrétaire
Général adjoint



Isabelle
de BECO
Vice-Présidente



Marie-Hélène
CERTAIN
Secrétaire
Générale



Pascal
CHARBONNEL
Vice-Président



Michel
COMBIER
Trésorier
adjoint



Éric
DRAHI
Trésorier



Pierre-Louis
DRUAIS
Président



Charles-Henry
GUEZ
Secrétaire
Général adjoint



François
LACOIN
Vice-Président



Frédéric
VILLEBRUN
Secrétaire
Général adjoint



LES SESSIONS DU CONGRÈS ORGANISÉES PAR LE COLLÈGE

Jeudi 31 mars

- Vous en rêvez, certains l'ont fait : des recommandations synthétiques, adaptées aux soins primaires, accessibles en ligne pendant la consultation (Plénière)
- Nouvelles techniques, nouveaux outils (Plénière)
- Les soins primaires en mutation : quels freins ? Quels leviers ? (Plénière)
- Les médecins généralistes et la vaccination (Plénière)

Vendredi 1^{er} avril

- Cancer : parcours de santé, lien ville hôpital pour une meilleure collaboration (Plénière co-organisée avec l'INCa)
- Maladie de Lyme, une maladie sous-estimée ? (Plénière)
- La prévention et le dépistage des cancers (Plénière co-organisée avec l'INCa)
- Accessibilité des cabinets : la loi, l'intention, la réalité (Plénière)
- Médicament, qui pilote ? (Plénière)
- Génériques et prescriptions (Plénière co-organisée avec la Cnamts)
- Dépistage du cancer de la prostate et PSA. Une décision éclairée et partagée
Des outils d'aide. (Atelier co-organisé avec la Cnamts et l'INCa)
- Stratégie de dépistage du cancer colorectal et posture du médecin généraliste en consultation.
(Atelier co-organisé avec l'INCa)

Samedi 2 avril

- Santé mentale : des recommandations aux actions, le pari d'une appropriation par les professionnels de terrain (Plénière)
- Enfance et inégalités sociales de santé : les identifier et participer à les réduire (Plénière)
- Contraception, mieux comprendre pour aider à choisir (Plénière)
- Soins palliatifs en 2016 (Plénière)
- Le patient et ses médicaments (Plénière)
- Surpoids et obésité au quotidien, retour d'expériences (Atelier)
- Quelles initiatives locales en santé mentale ? Partage d'expériences autour de la coopération Médecins Généralistes / Psychiatres (Atelier)



Conception du dossier de Presse

Pour le Collège de la Médecine Générale

Thierry ARNAUD
Fabienne BILLIAERT
Marie-Hélène CERTAIN
Elizabeth CHORRIN-CAGNAT
Fanny CASANOVA
Éric DRAHI
Pierre-Louis DRUAIS
Bernard FRECHE
Laetitia LABONNE
François LACOIN
François LIARD
Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Pour les experts et partenaires du Collège de la Médecine Générale

Laure ALBERTINI (INCa)
Martine BUNGENER (économiste-sociologue)
Tiphaine CANARELLI (ANSM)
Anne DEPAIGNE-LOTH (HAS)
Pierre GABACH (Cnamts)
Gwenaëlle LEVACHE (ANSM)
Marielle LAFONT (HAS)
Isabelle VINCENT (Cnamts)

Information et demande d'interview auprès de :

Sihame HABA, contact presse
Tél. : 06 77 32 56 41
Email : Sihame.haba@orange.fr

