

Rapport d'activités



Collège de la Médecine Générale

ANNEXES

Séminaire

Guide des procédures

Charte de partenariat
Médecine générale-psychiatrie de secteur

Dossier DPC du Collège

Communiqués de presse

Gazettes du Collège

Publications du Collège

SÉMINAIRE ANNUEL

INVITATION

Membres
Structures du Collège
Comité Interface Inserm - MG

2 et 3 octobre 2014

Novotel Saclay

Rue Charles Thomassin, 91400 Saclay
Navette prévue à partir de la station
RER B « Le Guichet »

Début des travaux à 9H45

Inscription avant le 18 juillet
par retour du coupon-réponse

selon les places disponibles

Pour tout renseignement
Laetitia.labonne@lecmg.fr

Séminaire annuel du Collège de la Médecine Générale

Que vous soyez chercheur, formateur, représentant professionnel, intéressé(e) par le développement de la discipline et la dynamique portée par le Collège de la Médecine Générale

Deux thématiques en parallèle*

BASES DE DONNEES EN SOINS DE SANTE PRIMAIRES
avec le Comité Interface Inserm - Médecine générale

SANTE MENTALE ET MEDECINE GENERALE
avec différents partenaires

La dernière demi-journée permettra de partager les résultats des travaux

Conditions de prise en charge par le Collège

Indemnisation sur notes d'honoraires (pour les libéraux) ou facture de l'employeur (pour les salariés), sur la base de 15 Cs par jour, soit 345 euros par jour

Remboursement des frais de transport sur présentation des factures originales

**La répartition se fera de manière à équilibrer les 2 groupes,
et pour le thème base de données, après validation du Comité Interface Inserm-Médecine générale*



SÉMINAIRE - 2 ET 3 OCTOBRE 2014

DÉROULÉ GÉNÉRAL

JEUDI 2 OCTOBRE

- 08H50** DÉPART NAVETTE DE LA STATION « LE GUICHET »
09H20 DÉPART NAVETTE DE LA STATION « LE GUICHET »
- 09H00** ACCUEIL CAFÉ
- 09H45** **OUVERTURE DES TRAVAUX**
Pierre-Louis DRUAIS, Président du Collège de la Médecine Générale
Virginie RINGA, Coordinatrice du Comité Interface Inserm-Médecine générale
- INTRODUCTION**
Présentation de l'organisation générale du Séminaire
Marie-Hélène CERTAIN, Secrétaire Générale du Collège de la Médecine Générale
Hector FALCOFF, Comité Interface Inserm-Médecine générale
- 10H15** **DÉBUT DU TRAVAIL EN SIMULTANÉ DES DEUX GROUPES**
Groupe « Bases de données » piloté par le CIMG
Groupe « Santé mentale et médecine générale » piloté par le CMG
- 12H45** **DÉJEUNER COMMUN**
- 14H15** **REPRISE DU TRAVAIL**
- 16H00** **PAUSE COMMUNE**
- 16H30** **REPRISE DU TRAVAIL**
- 18H30** **FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE**
- 20H00** **DÎNER COMMUN**

VENDREDI 3 OCTOBRE

- 09H00** **TRAVAIL EN SIMULTANÉ DES DEUX GROUPES**
- 10H30** **PAUSE COMMUNE**
- 11H00** **REPRISE DU TRAVAIL**
- 12H30** **DÉJEUNER COMMUN**
- 14H00** **PLÉNIÈRE COMMUNE**
Retour des travaux de chaque groupe par leurs rapporteurs
Quelles attentes pour développer une recherche en santé mentale ?
Conclusions
- 16H00** **FIN DU SÉMINAIRE**
- 16H30** **DÉPART NAVETTE VERS LA STATION « LE GUICHET »**

JEUDI 2 OCTOBRE

09H45

OUVERTURE DES TRAVAUX

Pierre-Louis DRUAIS, Président du Collège de la Médecine Générale (CMG)
Virginie RINGA, Coordinatrice du Comité Interface Inserm-Médecine générale (CIMG)
Présentation de l'organisation générale du Séminaire

INTRODUCTION

Présentation de l'organisation générale du Séminaire
Marie-Hélène CERTAIN, Secrétaire Générale du Collège de la Médecine Générale
Hector FALCOFF, Comité Interface Inserm-Médecine générale

10H15

PLÉNIÈRE

Présentation du séminaire : objectifs, méthodes, participants médecins généralistes et invités
Recueillir /Echanger/ Partager/ Produire pour le « Livre blanc »/ Recueil de données et travaux de recherche : Marie-Hélène CERTAIN, Pascal CHARBONNEL, Eric DRAHI

Santé mentale : enjeux, contexte, cadre et problèmes

- *Le contexte, du point de vue du médecin généraliste : Marie-Hélène CERTAIN, Pascal CHARBONNEL*
Échange avec la salle
- *Le contexte, du point de vue organisationnel (passé, présent et avenir) : Jean-Luc GALLAIS*
Échange avec la salle
- *Les coopérations médecins généralistes-psychiatres, la Charte de partenariat : un représentant de la CME-CHS*
Échange avec la salle

Présentation des ateliers

Principes d'organisation, validation des types de situation à travailler

12H45

DÉJEUNER COMMUN

14H15

3 ATELIERS SIMULTANÉS

Le parcours de santé dans différents types de situation

Travail en 3 ateliers, en parallèle

Préciser pour chaque type de situation :

- Les problèmes posés
- Les objectifs de la prise en charge
- Le rôle et les compétences de chacun au regard des questions qui se posent au médecin, au patient et à la famille
- La gestion de situation dans le temps et l'espace : le parcours en fonction des besoins
- Les partenariats : quelles ressources ? Quels dispositifs ?

16H00

PAUSE COMMUNE

16H30

PLÉNIÈRE

Mise en commun des travaux des ateliers
Synthèse de la première journée

18H30

FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE

VENDREDI 3 OCTOBRE

09H00 PLÉNIÈRE

09h00 *Rappel des travaux de la première journée*
Retour des participants

09h20 *Présentation des ateliers*
Principes d'organisation : 3 groupes de production, sous 3 angles.

9H30 ATELIERS SIMULTANÉS

1. Les pistes de recherche, les données à recueillir.
2. Expérimentation de la Charte : écriture du cahier des charges : buts, objectifs généraux et opérationnels, rôle des différents acteurs, financement, calendrier.
3. Finalisation de la production de la veille : contenus, organisation, planning.

10H30 PAUSE COMMUNE

11H00 **PLÉNIÈRE**
Mise en commun des travaux des ateliers
Préparation de la plénière commune

12H30 DÉJEUNER COMMUN

14H00 **PLÉNIÈRE COMMUNE**
Retour des travaux de chaque groupe par leur rapporteur
Quelles attentes, quels moyens pour développer une recherche en santé mentale ?
Conclusions

16H00 FIN DU SÉMINAIRE

SÉMINAIRE - 2 ET 3 OCTOBRE 2014

Programme de travail - Groupe « Bases de données »

JEUDI 2 OCTOBRE

09H45

OUVERTURE DES TRAVAUX

Pierre-Louis DRUAIS, Président du Collège de la Médecine Générale (CMG)
Virginie RINGA, Coordinatrice du Comité Interface Inserm-Médecine générale (CIMG)
Présentation de l'organisation générale du Séminaire

INTRODUCTION

Présentation de l'organisation générale du Séminaire
Marie-Hélène CERTAIN, Secrétaire Générale du Collège de la Médecine Générale
Hector FALCOFF, Comité Interface Inserm-Médecine générale

LES BASES DE DONNÉES EXISTANTES :

Comment y accéder ? Comment récupérer les données intéressant les soins primaires ?

10H15

LE PORTAIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Marie LHOSMOT, Inserm

10H45

L'INSTITUT DES DONNÉES DE SANTÉ (IDS)

Maryse LAPEYRE-MESTRE, Inserm U1027

11H15

PAUSE

11H30

ACCÈS AUX DONNÉES DE PLUSIEURS BASES DÉJÀ EXISTANTES

David DARMON, médecin généraliste

12H00

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'UTILISATION DES DONNÉES EGB DU SNIIRAM

Julie DUPOUY, médecin généraliste

12H45

DÉJEUNER COMMUN

QUELLES BASES DE DONNÉES POUR QUELLES QUESTIONS DE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES ?

Bases existantes / Axes de recherche / En pratique

14H15

INTRODUCTION

Laurent LETRILLIART, Université de Lyon I

14H20

QUELLES BASES DE DONNÉES POUR QUELS AXES DE RECHERCHE ?

14h20

Alain FONTAINE, Direction Générale de la Santé (DGS)

Échange avec la salle

15h00

Mahmoud ZUREIK, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Échange avec la salle

15h40

Caroline HUAS, European General Practice Research Network

Échange avec la salle

16H20

PAUSE, puis discussion générale

18H30

FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE

VENDREDI 3 OCTOBRE

**UNE (OU DE) NOUVELLE (S) BASE (S) DE DONNÉES,
mais en pratique, comment ?**

- 09H00** **LES « MINI DATA SETS » HAS-ASIP PEUVENT-ILS CONTRIBUER À ALIMENTER UNE BASE DE DONNÉES EN SOINS PRIMAIRES ?**
Florence MARECHAUX, Haute Autorité de Santé
- 09H30** **BASES DE DONNÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE/SOINS PRIMAIRES : QUE NOUS APPRENNENT LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ?**
Guillaume AVENIN, médecin généraliste
- 10H00** **FORMATS D'ÉCHANGE DE DONNÉES**
Clément TURBELIN, Inserm U1136
- 10H30** **PAUSE COMMUNE**
- 11H00** **FABRIQUER ET MAINTENIR UNE BASE DE DONNÉES POUR LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : COMMENT, AVEC QUI, SOUS QUELLES CONDITIONS, QUAND ?**
Table ronde

Pascal CHARBONNEL, Alma
Christian SIMON, éO Médecin
Damien SIMON, X Med
Philippe SZIDON, Société Française de Médecine Générale (SFMG)
- 12H00** **CONCLUSIONS**
Anne-Marie MAGNIER, Comité Interface Inserm-Médecine générale (CIMG)
Virginie RINGA, Coordinatrice du Comité Interface Inserm-Médecine générale (CIMG)
- 12H30** **DÉJEUNER COMMUN**
- 14H00** **PLÉNIÈRE COMMUNE**
Retour des travaux de chaque groupe par leur rapporteur
Quelles attentes, quels moyens pour développer une recherche en santé mentale ?
Conclusions
- 16H00** **FIN DU SÉMINAIRE**

Suite du Séminaire annuel du Collège - **Groupe de travail « Santé mentale »**

I. Concernant la Charte de partenariat Médecine générale/psychiatrie de secteur

- **Mettre en place une expérimentation de la Charte sur différents territoires, choisis en commun par les 2 parties, pour :**
- Améliorer le parcours et la prise en charge des patients, et de leur famille par une coordination Médecin généraliste/psy
 - Faciliter la vie des professionnels

Conditions de réussite

- | | |
|--|--|
| - Ouverture et souplesse | - Appropriation par les acteurs |
| - Simple, réalisable, pragmatique, reproductible | - Accompagnement personnalisé des équipes |
| - Choix judicieux des sites | - Soutien institutionnel, et pluri-partenariat |
| - A partir d'un cadre général | |

Avec la mise en place d'un groupe projet réunissant diverses compétences qui élabore le cadre et accompagne les équipes

Le choix des équipes expérimentales en France, selon les critères suivants :

- Un territoire pertinent

Secteur ou partie de secteur,

Territoire de proximité : bassin de vie, commune, MSP ou pôle

- **3 environnements** à prendre en compte : urbain, rural et semi urbain

- **Un lieu moteur** où la mise en œuvre est facilitée : réseau existant, connaissance mutuelle, motivation et dynamisme des équipes, intérêt pour la démarche, travail local préexistant

- **Le soutien institutionnel local** : Centre hospitalier spécialisé, ARS, représentants professionnels

Localisations évoquées :

Poitiers, Lille, Lyon Saint Jean de Dieu ou Vinatier

Ile de France : Ville Evrard 93, Les Mureaux, les Ulis

=> Il convient d'éviter les territoires ayant une désertification médicale trop importante

Objectifs opérationnels

1. Constituer le groupe projet avec compétences multiples : projet recherche, opérationnels, management
2. Rédiger le projet, avec les différentes phases
3. Choisir les sites et équipes expérimentales
4. Préparer un budget de financement
5. Proposer la démarche « d'expérimentation » aux équipes : démarches pour améliorer les pratiques dans le cadre du protocole, mise en place d'indicateurs de suivi
6. Rencontrer les différents acteurs du territoire
7. Accompagnement par équipe, pour aider à finaliser le projet local

Cadre général

Sensibilisation « au « travailler mieux ensemble »

Rencontre avec les acteurs d'un territoire

- Forces, faiblesses, craintes, leviers
- Découverte/appropriation de la charte
- Applicabilité de la charte
- Faisabilité du projet

► Phase qualitative

Aller plus loin, type démarche qualité

- Appropriation de la charte
- Choisir un point de la charte
- Définir 1 objectif opérationnel à 6 mois/ 1 an
- Lister les acteurs
- Définir un indicateur mesurable
- Evaluer/ mesurer
- Accompagnement personnalisé par le groupe projet du Collège

► Phase qualitative / quantitative

► Recueil de données

Agenda

- Bibliographie, notamment sur conditions de réussite ou d'échec des interventions
- Problèmes, points clés à résoudre, dont communication et malaise des professionnels
- Equipe projet avec rédaction d'un protocole : différentes phases
- Calendrier avec les différentes étapes, pour donner de la visibilité
- Accompagnement des sites
- Exemples d'indicateurs : annuaires, fiches de liaison, courriers etc.
- Recueil et analyse des données
- Rechercher les financements : quels bénéfiques ? Quels résultats? Quel coût pour quel effet? Effets latéraux ?

Equipe projet (à compléter)

Fanny Casanova Christian Müller
Marie Hélène Certain Sylvie Peron
Pascal Charbonnel Wanda Yekhlief- Cabaret
Emilie Ferrat
Phillippe Guillou
Alain Mercier
Frédéric Urbain
Olivier Verriest

Calendrier

6 novembre : validation des propositions par le Conseil d'Administration

13 novembre : réunion du Comité pilotage, lancement du groupe de projet

II. Concernant le Livre blanc du Collège sur les Maladies chroniques

► **Enrichir le Livre blanc par l'ajout d'un chapitre sur la Santé mentale**

Chapitre sur la Santé mentale

- Glossaire
 - Données préalables
 - Règlementation
 - Epistémologie, anthropologie
 - Recours aux soins et épidémiologie
 - Recours aux autres professionnels
 - La politique de santé et l'organisation des soins
 - Psychothérapies
- Les outils du soin
 - L'interface entre le médical et le social
 - La qualité des soins
 - Les outils de la qualité
 - Eviter la iatrogénie
 - Des situations emblématiques
 - Les invariants et les spécificités des prises en charges
 - L'organisation des soins

Composition provisoire du Groupe de travail

Francis Abramovici Jean-Luc Gallais
Thierry Arnaud Charles-Henry Guez
Maurice Bensoussan Marie-Françoise Huez
Gérard Bergua Christian Michel
Fabienne Billiaert Michèle Pujos Gautraud
Marie-Hélène Certain Gaëtan Thenard
Eric Drahi

Suite du Séminaire annuel du Collège - **Groupe de travail « Bases de données »**

A l'issue du séminaire, on peut dégager quelques idées forces

- Pour la discipline l'existence d'une ou plusieurs bases de données est indispensable pour permettre une activité de recherche disciplinaire.
- Cette existence doit être complémentaire des bases de données « institutionnelles » existantes.
- Besoins identifiés de pouvoir faire d'une part un recueil en continu des données de médecine générale à partir d'un certain nombre de volontaires et d'autre part de répondre à la demande de chercheurs sur des thèmes ciblés.
- Les partenaires institutionnels ne paraissent pas très disposés à nous aider.
- Le chantier est complexe et comprend plusieurs facettes, aucune structure membre du Collège ne peut le gérer seul.
- L'ensemble montre un élargissement de la problématique des données en Médecine Générale et du lien à faire entre la structuration des données pour la recherche et les données utiles dans la pratique.

Quelques propositions d'orientation

1. Création d'un réseau de recueil en continu de données pour la médecine générale.

1 000 médecins, 2 M€ en investissement initial et 500 k€ en maintenance annuel. C'est à créer de toute pièce, avec une logistique pérenne, c'est lourd selon l'avis même de son promoteur, c'est un projet à opérationnalité non immédiate et donc l'existence de données utilisables peut prendre plusieurs années. Les contraintes sont nombreuses, à préciser par une équipe projet avant même de chercher un financement.

2. Continuité de la mise en place d'un corpus de connaissance en continuité du projet MSI et en l'élargissant aux besoins de la recherche :

Cette base référentielle aura plusieurs fonctions, non exhaustive :

- Simplifier le lien avec les logiciels métiers en permettant d'utiliser une terminologie standardisée sans se limiter à une nomenclature (effet transcodage)
- Constituer un corpus scientifique issu de recommandations d'origine diverses, en s'appuyant sur la compétence des agences d'Etat concernées.
- Aider la saisie des données dans les logiciels médicaux par un webservice (1)

3. Le relevé des besoins de données de la part des (jeunes) chercheurs.

Cette démarche est suggérée par les CCA participant au séminaire permettra de mieux définir ce qui relève d'un réseau de recueil en continu, de recueils ponctuels sur d'autres populations médicales (dans le cadre du ROSP ?), voire d'autres sources d'information en mettant en place une interconnexion si nécessaire (base SNIIRAM). Les échanges ont fait naître des pistes, et certains intervenants les ont enrichis.

4. Un travail avec des éditeurs pour définir les outils de la coopération :

- Extracteur(s)
- Format des tables d'échanges
- Mise à jour des référentiels sur le poste de travail
- Utilisation du cadre d'interopérabilité de l'ASIP pour structurer les données de médecine générale.

Ce travail peut être démarré avec un petit nombre d'éditeurs volontaires, volontaristes qui pourrait être modélisant pour les autres, pour peu qu'ils n'en aient pas d'effets négatifs pour eux.

5. Une recherche de financement pour des différents aspects.

6. En lien avec le pôle académique, sensibiliser les étudiants à l'intérêt de structurer les informations dans les dossiers.

Ce point est ressorti incidemment lors des échanges et est à prendre en compte, d'autant qu'il ne nécessite pas forcément de gros investissements.

Ces pistes vont toutes dans le même sens : améliorer la qualité des données de la Médecine Générale. Elles forment un plan d'action global à plusieurs étages pour le Collège.

GUIDE DES PROCÉDURES



Collège de la Médecine Générale

Guide des Procédures

Mai 2014

Sommaire

Ce guide a pour objectif de lister et définir les procédures liées au bon fonctionnement du Collège de la Médecine Générale. Il sera enrichi progressivement.

I. Comptabilité	3
Caisse du Collège	
Enregistrement des factures	
Notes de frais	
II. Courriers & Appels téléphoniques	3
Courriers	
Appels	
III. Instances	3
Bureau	
Conseil d'administration	
Assemblée générale	
IV. Base de données du Collège	4
Finalisation de l'outil Filemaker	
Actualisation	
Enrichissement	
V. Outils de communication	5
Site Internet	
La Gazette du Collège	
Les communiqués de presse	
Mise à jour de l'agenda du Collège	
Actualisation de l'espace de stockage réservé au Bureau	
Revue de presse	
Mails	
VI. Dossiers particuliers	6
Haute Autorité de Santé	
Outil « gestion des saisines »	
VII. Informatique	6
Sauvegarde de l'ordinateur de l'attachée de direction	
VIII. Divers	6
Relevé des incidents	
Pratique & Logistique	
Locaux	

I. COMPTABILITE

Caisse du Collège

La caisse permet de gérer certaines dépenses en espèces (achat de timbres, achat ponctuel)

- ✓ Chaque sortie de caisse est enregistrée dans la base de données filemaker réalisée à cet effet : base de données « comptabilité » et reportée sur un document papier (placé dans le classeur des factures)
- ✓ Les justificatifs originaux sont classés dans le classeur « factures » et classés par ordre chronologie inverse

Enregistrement et classement des factures

A réception d'une facture, celle-ci est :

- ✓ Enregistrée dans la base données « comptabilité »
- ✓ Scannée et envoyée par mail au trésorier du Collège
- ✓ Classée dans le dossier facture (classement par ordre alphabétique suivant le nom du prestataire)

A chaque fin de mois, l'attachée de direction fait le point sur l'état des factures reçues (réglées ou non) avec le trésorier et actualise la base de données.

Notes de frais

A réception d'une note de frais envoyée par un membre du bureau ou un expert, celle-ci est :

- ✓ Vérifiée (vérification des justificatifs joints si nécessaire)
- ✓ Envoyée par courrier postal au trésorier

II. COURRIERS & APPELS

Courriers

Les courriers reçus sont ouverts et transmis aux intéressé(e)s, soit :

- ✓ Par mail
- ✓ Par courrier
- ✓ Par mail et par courrier

Les courriers reçus sont archivés dans le classeur « courrier »

Les courriers envoyés par le Collège sont reportés dans le document « courrier envoyé » et déposés au bureau de poste le plus proche.

Des enveloppes sont imprimées avec l'adresse retour du Collège.

Appels

Les appels sont gérés par l'attachée de direction et retranscrits par mail aux intéressé(e)s

III. INSTANCES

Bureau

Pour chaque réunion :

- ✓ Envoi de l'Ordre du jour aux membres du bureau, avec les pièces jointes associées
- ✓ Préparation des pochettes remis le jour J (documents de suivi et nécessaires pour la réunion de travail)
- ✓ Impression de la feuille d'émargement
- ✓ Réservation du déjeuner dans un restaurant à proximité
- ✓ Courses pour collation durant la journée (gâteaux, boissons)

Après chaque réunion :

- ✓ Deux comptes-rendus sont réalisés à partir des notes de l'attachée de direction et de la Secrétaire Générale : un pour le bureau (détaillé), un pour le Conseil d'administration (relevé de décisions)
- ✓ Après validation par la Secrétaire Générale et le Président, les comptes-rendus sont transmis soient aux membres du bureau, soient aux membres du Conseil d'administration
- ✓ La feuille d'émargement et les comptes-rendus sont archivés dans le classeur « Bureau & CA »
- ✓ Installation des comptes-rendus (et des documents associés) dans l'espace de stockage dédié au bureau

Conseil d'administration

Pour chaque réunion :

- ✓ Envoi de l'Ordre du jour aux membres du CA, avec les pièces jointes associées
- ✓ Préparation des pochettes remis le jour J (documents de suivi et nécessaires pour la réunion de travail)
- ✓ Impression de la feuille d'émargement
- ✓ Réservation du déjeuner si besoin
- ✓ Courses si besoin pour collation durant la journée (gâteaux, boissons)

Après chaque réunion :

- ✓ Un compte-rendu est réalisé à partir des notes de l'attachée de direction et de la Secrétaire Générale
- ✓ Après validation par la Secrétaire Générale et le Président, le compte-rendu est transmis aux membres du Conseil d'administration
- ✓ La feuille d'émargement et le compte-rendu sont archivés dans le classeur « Bureau & CA »
- ✓ Installation du compte-rendu (et des documents associés) dans l'espace de stockage dédié au bureau

Assemblée générale

Pour chaque réunion :

- ✓ Envoi de l'Ordre du jour aux membres des structures adhérentes, avec les pièces jointes associées
- ✓ Préparation des pochettes remis le jour J (documents de suivi et nécessaires pour la réunion de travail)
- ✓ Impression de la feuille d'émargement
- ✓ Réservation du déjeuner si besoin
- ✓ Courses si besoin pour collation durant la journée (gâteaux, boissons)

Après chaque réunion :

- ✓ Un compte-rendu est réalisé à partir des notes de l'attachée de direction et de la Secrétaire Générale
- ✓ Après validation par la Secrétaire Générale et le Président, le compte-rendu est transmis aux membres des structures adhérentes
- ✓ La feuille d'émargement et le compte-rendu sont archivés dans le classeur « Bureau & CA »
- ✓ Installation du compte-rendu (et des documents associés) dans l'espace de stockage dédié au bureau

IV. BASE DE DONNÉES DU COLLÈGE

A noter :

- Deux fichiers ont été créés pour import dans la base de données définitive (base CMG, outil filemaker) : un fichiers de contacts institutionnels, un fichier de journalistes
- La base de donnée filemaker est composée à ce jour des instances, des membres des bureaux des structures membres, des experts ayant répondu aux questionnaires et de contacts institutionnels.

Finalisation de l'outil Filemaker

- ✓ Adaptation de la base aux besoins du Collège
- ✓ Harmonisation de la structure pour en faciliter la consultation
- ✓ Objectif d'un partage de la base par quelques personnes du bureau autorisées

Actualisation

- ✓ Traitement des mails de retour suite aux e-mailings
- ✓ Mise à jour des informations concernant les réunions des instances du Collège dans la base du CMG
- ✓ Mise à jour des informations concernant les réunions des groupes de travail

Enrichissement

- ✓ Ajout d'organismes et de contacts aux fichiers VIP et Presse
- ✓ Ajout sur la base de données des informations concernant les groupes de travail et les missions d'expertise sollicitées par les partenaires

V. OUTILS DE COMMUNICATION

Site Internet

- ✓ Actualisation des informations : création d'articles, ajout de communiqués, ajout ou suppression d'événements, etc.
- ✓ Finalisation et actualisation de la page « activités du Collège »
- ✓ Pour chaque article créé un code google analytics est inséré (à voir)

La Gazette du Collège

- ✓ Mise en page sur le logiciel « Komposer » des textes transmis par la Secrétaire Générale
- ✓ Adaptation du format et des textes si besoin
- ✓ Import de la Gazette dans le logiciel d'e-mailing MaxBulk Mailer + tests
- ✓ Envoi de la Gazette aux structures membres + inscrits à la newsletter du Collège
- ✓ Installation de la Gazette sur le site Internet du Collège

Les Communiqués de presse

- ✓ Mise en page du communiqué sur le logiciel « Komposer »
- ✓ Import dans le logiciel d'e-mailing MaxBulk Mailer + tests
- ✓ Envoi du communiqué aux journalistes
- ✓ Installation du communiqué sur le site Internet du Collège

Mise à jour de l'agenda du Collège

- ✓ Mise à jour quotidienne du fichier excel « agenda du Collège »
- ✓ Envoi de l'agenda actualisé tous les vendredi aux membres du bureau
- ✓ Installation de l'agenda actualisé dans l'espace de stockage dédié

Actualisation de l'espace de stockage réservé au Bureau

- ✓ Installation de l'agenda actualisé tous les vendredi dans l'espace de stockage
- ✓ Installation des comptes-rendus des réunions dès validation

Revue de presse

- ✓ Sélection tous les matins des articles intéressants concernant les thèmes « santé », « médecine générale », « DPC », « santé mentale »
- ✓ Envoi dans la matinée des articles sélectionnés aux membres du bureau

Mails

- ✓ Gestion de l'interface OVH si besoin
- ✓ Traitement des mails envoyés à « contact@lecmg.fr »
- ✓ Gestion des mails du Collège (lecmg.fr)

VI. DOSSIERS PARTICULIERS

Haute Autorité de Santé

- ✓ Mise à jour du tableau de suivi suite aux mails envoyés par la HAS et le membre du bureau responsable de l'interface avec la HAS
- ✓ Envoi aux experts sélectionnés par le Collège les propositions de mission
- ✓ Mise à jour du tableau de suivi suite aux retours des experts et décisions du Collège
- ✓ Envoi des modèles de notes de frais aux experts si la mission est réalisée en tant que partie prenante
- ✓ Classement informatique des documents envoyés par la HAS et des comptes-rendus transmis par les experts

Outil « gestion des saisines » (procédures à partir de fin mai)

- ✓ Traitement des mails générés par l'outil développé
- ✓ Transfert des informations aux personnes intéressées
- ✓ Actualisation des informations dans la base de données du CMG
- ✓ + à voir.

VII. INFORMATIQUE

Sauvegarde de l'ordinateur de l'Attachée de direction

- ✓ Sauvegarde Time machine tous les vendredi sur le disque dur externe 1 peut être bien le laisser branché en permanence, ce qui permet une sauvegarde horaire automatique.
- ✓ Sauvegarde Tri-backup tous les vendredi sur le disque dur externe 2

VIII. DIVERS

Relevé des incidents

- ✓ Report des incidents dans le document prévu à cet effet

Pratique & Logistique

- ✓ Création des questionnaires ou document pour vote numérique via le compte google du Collège
- ✓ Stockage des mots de passe (hors mails) sur un document dédié

Locaux

- ✓ Rangement du bureau
- ✓ Fermeture des volets avant chaque départ
- ✓ Fermeture à clé de la porte d'entrée avant chaque départ

CHARTE DE PARTENARIAT
MÉDECINE GÉNÉRALE
PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller

Président

Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais

Président

Collège de la Médecine Générale



DOSSIER DPC DU COLLÈGE

Le Collège de la Médecine Générale

et le Développement Professionnel Continu



**« 2009 -2014 : une position constante
explicitée par les réactions et communiqués »**

ANNEE 2014

P.03

- Signature d'une pétition pour l'évolution du système de DPC
- DPC : le Collège exige des solutions efficaces
- Rapport IGAS, le Collège réagit
- DPC : le Professeur Serge Gilberg, médecin généraliste, préside la CSI médecins pour l'année 2014

ANNEE 2013

P.08

- DPC, le risque annoncé d'un échec catastrophique
- Les Généralistes de la CSI interpellent Madame Marisol Touraine
- Dispositif de DPC
- Le Collège de la Médecine Générale tire la sonnette d'alarme

ANNEE 2012

P.13

- Le Collège demande à la Madame la Ministre Marisol Touraine de définir des directives concernant le dispositif de DPC

ANNEE 2010

P.14

- Communiqué du VUC à propos des décrets DPC

ANNEE 2009

P.16

- Le futur Collège de la Médecine Générale exprime les plus vives inquiétudes pour la mise en place du DPC
- 30 organisations représentant les diverses composantes de la médecine générale proposent leur définition pour le DPC

*Le Collège de la Médecine Générale
appelle à signer une pétition pour l'évolution du système de DPC*

Les organisations professionnelles et scientifiques du Collège de la Médecine Générale dénoncent unanimement une situation du DPC aujourd'hui établie : un système sans pilote, une gestion technocratique, un pillage par l'Etat des honoraires différés qui finançaient la FPC, la stratégie de vouloir le même régime de formation pour toutes les professions de santé.

Nous voilà maintenant au pied du mur !

Les syndicats représentatifs de médecins ont déjà dénoncé dans un communiqué commun le 15 octobre dernier les décisions autoritaires prises par l'OGDPC pour solvabiliser un système à la dérive.

Nous devons continuer, ensemble, à nous battre avec détermination pour faire reconnaître nos droits légitimes à une formation indépendante, adaptée aux besoins de santé de la population et aux besoins des professionnels.

Aujourd'hui, le Collège de la Médecine Générale appelle toutes les organisations professionnelles, et les organismes de DPC à diffuser massivement une pétition pour l'évolution du système de DPC.

Signez et exigez avec nous les évolutions qui s'imposent : une gouvernance paritaire, un financement pérenne au niveau des standards européens, une définition paritaire des besoins, des thèmes, et des méthodes.

Signez la Pétition pour l'évolution du système de DPC :

<http://91.220.197.18/petition/>

***Développement Professionnel Continu (DPC) :
le Collège de la Médecine Générale exige des solutions efficaces***

Le Collège de la Médecine Générale a signalé les conséquences prévisibles d'un dispositif basé sur le seul respect d'une obligation formelle, dans un marché concurrentiel et non régulé. Face au constat des difficultés observées et partagées par tous et fort du rapport IGAS, le Collège a saisi la Ministre de la Santé et a fait des propositions constructives pour sortir le dispositif de l'impasse actuelle :

1) Rechercher la lisibilité et l'efficacité

Pour être utile, le DPC doit répondre à différents niveaux :

- Besoins individuels et collectifs définis par les professionnels et leurs organisations professionnelles
- Besoins de santé des patients sur les différents territoires
- Priorités de santé publique définis en commun
- Organisation des soins et stratégie de santé définie par les autorités sanitaires

Pour être efficace, le DPC doit s'appuyer sur l'analyse des pratiques professionnelles.

2) Préciser la nature de l'obligation

Il est important de différencier :

- Les procédures pour garantir et améliorer la qualité des soins
- L'obligation déontologique de maintien des compétences
- Les réponses aux besoins professionnels et aux besoins de santé et leurs financements

3) Intégrer les professionnels dans une gouvernance paritaire, pour le pilotage et l'organisation

- Dans la gestion politique
- Dans la gestion financière et administrative
- Dans la gestion scientifique, grâce à une CSI aux pouvoirs élargis

4) Impliquer les Collèges Nationaux Professionnels (CNP) dans la régulation de l'offre de DPC

Le Collège de la Médecine Générale s'inquiète des éléments inscrits dans le projet de loi (article 27) : objet des financements publics, place de l'Université dans la formation des professionnels en exercice ambulatoire, contrôle de qualité des organismes et des programmes en vue de la bonne utilisation des fonds publics.

**Le Collège de la Médecine Générale exige l'ouverture rapide d'une concertation
en vue de modifications législatives et réglementaires
et souhaite des directives de gouvernance claires et efficaces pour l'année 2015.**

Rapport IGAS, le Collège réagit.

« L'Etat a généré un dispositif qu'il ne maîtrise, ni dans sa finalité, ni dans ses objectifs, ni dans son pilotage, ni dans les moyens accordés », c'est la synthèse du rapport de la mission IGAS sur le DPC. Il confirme les termes des communiqués du Collège de la Médecine Générale de Juin 2012 et Mai 2013.

Le constat est sévère pour l'OGDPC, mais aussi pour la réforme elle-même et ses concepteurs. Cette réforme, soumise aux contraintes européennes, avec une logique concurrentielle, est dans son état actuel antinomique d'une politique de formation garantissant pertinence, qualité et indépendance.

Si l'analyse pointée des dysfonctionnements juridiques et pratiques du dispositif, elle questionne peu l'efficacité de la politique de formation proposée qui devrait être destinée à améliorer les pratiques et la qualité des soins des professionnels au bénéfice de la population.

Les dérives singulières et scandaleuses constatées en termes de qualité et d'indépendance ne sont pas mises en cause par le rapport. Ce dernier ne dénonce ni l'utilisation de l'argent public pour la formation à la méditation thérapeutique sous « les tropiques », ni les indemnités permettant de recevoir 517 € par demi-journée de présence contemplative lors de colloques, voire quelques heures « en restant chez soi devant son ordinateur ».

Il est flagrant que l'absence de contrôle qualité a permis des déviations ces deux dernières années, interpellant particulièrement l'utilisation des budgets sans finalité précise et sans contrôle qualitatif.

Si le rapport préconise le contrôle des organismes après évaluation, il ne critique ni la lenteur, ni le retard de sa mise en œuvre, ni même la nature des auditeurs pressentis.

Sans remettre en cause la formation à la maîtrise de stage comme méthode de DPC, le rapport remet en cause son financement par l'OGDPC. Il recommande l'intégration des formations de formateurs dans les forfaits de l'OGDPC et l'exclusion des formations à la maîtrise de stage d'une enveloppe conçue pour la formation médicale continue. C'est méconnaître ses objectifs et son rôle pour le développement de la discipline pour laquelle la formation des jeunes professionnels est un objectif prioritaire. Il est fondamental de poursuivre son déploiement dans le cadre d'un DPC structurant pour les médecins généralistes. C'est de plus oublier un peu vite la carence totale du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche dans l'organisation et le financement de cette fonction essentielle.

Les articles 144, 164 et suivants actent précisément les causes profondes et prévisibles de l'échec d'une « réforme mal née », source de mauvaise utilisation des fonds publics.

Si l'Etat doit être le garant du cadre général et de la bonne utilisation des fonds publics, il n'a pas vocation à organiser le DPC des professionnels.

A analyse incomplète, solutions inadaptées : aucun des 4 scénarios proposés n'est satisfaisant.

Il faut réaffirmer des concepts simples, clairs et transparents, dans un autre scénario dont la loi de santé doit être le vecteur et le Collège de la Médecine Générale, un acteur clé, pour ce qui concerne les soins primaires :

- la définition d'une politique de formation au regard du rôle de chaque discipline dans un système de santé organisé, conforme aux fondamentaux promus par le Collège de la Médecine Générale ;
- la finalité de la formation, basée sur le volontariat, doit être recentrée sur l'accompagnement des professionnels, et les grands enjeux de santé sur les bases de la Stratégie nationale de santé par exemple ;

- la maîtrise du pilotage politique et opérationnel au sein d'instances paritaires en fonction des besoins spécifiques de chaque discipline/métier, et des besoins de santé publique ;
- la qualité et l'indépendance des formations doivent être garanties par la gouvernance pédagogique et scientifique : les CSI doivent retrouver la plénitude et les moyens de leur rôle scientifique ;
- des cahiers des charges précis, élaborés en concertation avec les CSI et validés par les instances paritaires ;
- un OGDPC recentré sur ses rôles de banque et de gestion administrative, selon les règles de gestion des fonds publics. Il doit être administré par un conseil de gestion paritaire caisses/Etat/ professionnels. Il n'a pas vocation à être le pilote politique d'un dispositif de formation.

Les acteurs des soins primaires et notamment les généralistes ont besoin d'une formation basée sur des contenus définis et des méthodes qui ont fait leurs preuves.

Ceci nécessite, au-delà des modifications des textes, une finalité et des objectifs réaffirmés par Madame la Ministre comme elle s'y est engagée.

Le Collège de la Médecine Générale est prêt à participer sur les bases des propositions rendues publiques dès l'année 2012 (consultables sur le site www.lecmg.fr).

DPC : Le Professeur Serge GILBERG, médecin généraliste, préside la CSI médecins pour l'année 2014.

Les médecins généralistes ont suspendu pendant plusieurs mois leur participation à cette instance afin de dénoncer le manque de visibilité et les dérives potentielles qualitatives et financières du dispositif. **Le 28 janvier, ils sont revenus à la table avec des propositions d'axes de travail et une feuille de route précise pour la Commission scientifique indépendante des médecins (CSI médecins) :**

- Une rigueur dans l'examen des dossiers
- La mise en place de deux groupes de travail :
 - Une cellule de veille sur les dérives constatées
 - Un groupe chargé de définir et d'organiser des plans de contrôles scientifiques et pédagogiques des organismes
- Un calendrier de réunions
- L'objectif d'un bilan d'étape en mai 2014

Le Collège de la Médecine Générale appelle instamment les Pouvoirs publics à soutenir les propositions faites par les professionnels de manière à garantir un dispositif de qualité.

DPC, le risque annoncé d'un échec catastrophique.

Le Collège de la Médecine Générale alerte sur le risque annoncé d'un échec catastrophique du DPC ; L'Etat a généré un dispositif qu'il ne maîtrise plus, ni dans sa finalité, ni dans ses objectifs, ni dans son pilotage.

L'Etat a généré un dispositif qu'il ne maîtrise plus, ni dans sa finalité, ni dans ses objectifs, ni dans son pilotage.

La lourdeur des contraintes administratives et réglementaires qui encadrent le DPC, l'absence de lisibilité, font de cet outil ambitieux au service de la qualité et de la sécurité des soins une construction formelle purement administrative. Il n'y a pas de garantie de qualité et d'indépendance.

La section généraliste de la Commission Scientifique Indépendante (CSI), nommée par la Ministre sur proposition du Collège, a suspendu sa participation aux travaux de l'organisme gestionnaire du DPC pour 3 motifs :

- Le manque de visibilité à moyen et long termes du système, faute de gouvernance réelle ;
- Le déni de reconnaissance des 2 axes de définition de la CSI dans les décrets 2012-26 et 2013-35 : son rôle scientifique réduit de fait à un simple enregistrement de type administratif, son indépendance si insignifiante que la suspension de la section généraliste n'a en rien modifié le programme prévisionnel prédéterminé, ni posé la moindre question sur les raisons profondes de cette suspension ;
- L'acceptation d'une participation directe de l'industrie des produits de santé aux organismes et programmes de DPC, ainsi que la possibilité de confier une partie de ces programmes à des organismes sous-traitants non enregistrés comme organismes de DPC, remettent en question dans les deux cas la notion même d'indépendance du dispositif.

Avant d'envisager une quelconque reprise des travaux de la CSI, le Collège fait trois propositions :

- Instauration programmée d'une gouvernance du DPC

Cette structure devrait intégrer les différents acteurs du système : institutionnels et organismes professionnels. Un échéancier prévisionnel au moins approximatif, décrivant les étapes de mise en place, est indispensable.

- Mise en oeuvre d'une réelle indépendance de la CSI

La possibilité d'auto-saisine lorsqu'elle paraît nécessaire en est une garantie. Proposition : La prise en compte du rôle des sections et de leur représentation dans le fonctionnement de la CSI.

Ces trois propositions sont conformes à l'esprit de la convention signée récemment entre le Collège et l'Etat, pour assurer la promotion et le déploiement des politiques publiques majeures du champ de la santé.

C'est à ces conditions que le DPC pourra contribuer :

- à la qualité et à la sécurité des soins,
- à l'accompagnement du développement des équipes de soins primaires et de l'évolution des métiers de santé,
- à l'amélioration des parcours de patients entre ville et l'hôpital et au développement des alternatives à l'hospitalisation.

Les Généralistes de la CSI interpellent Madame Marisol Touraine.

Le Développement professionnel continu (DPC) est un dispositif qui vise à accompagner les professionnels de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins donnés aux patients

L'organisation du DPC avec les professionnels concernés devait permettre d'identifier et de répondre à leurs besoins, en cohérence avec les objectifs de santé publique et les capacités sanitaires.

Le DPC visant à l'obligation pour tous les professionnels de santé et ainsi à s'assurer de l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients était une bonne occasion de donner un signal fort aux usagers et de renforcer la confiance dans le corps médical. Il fallait pour cela s'assurer de la mise en place et du fonctionnement concret de ce dispositif, mais aussi de son indépendance et de sa cogestion avec les professionnels.

Le Collège constate que le système mis en place est trop complexe, ne dispose pas des moyens adaptés et rend difficile l'expression des professionnels.

Le DPC n'est pas réellement en place. Alors que les premiers décrets sont parus en janvier 2012, le DPC ne fonctionne toujours pas. Les arrêtés régissant le fonctionnement ne sont pas tous publiés, les outils informatiques ne sont pas finalisés, les moyens financiers ne sont pas précisés.

L'OGDPC organise et régit tout le système, sans disposer des moyens appropriés (en particulier pour l'examen des dossiers, la rémunération et la gestion logistique des réunions).

L'absence de gouvernance partagée avec les professionnels à tous les niveaux aggrave tous les maux inhérents au système.

Les CSI n'ont qu'un avis consultatif et aucune possibilité d'initiative. De plus le cadre réglementaire doit être commun à toutes les professions de santé. La CSI des médecins, n'est qu'une CSI parmi les autres. Au final la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) arbitre et décide. Les marges de manœuvre des CSI sont anecdotiques.

La CSI médecins ne peut pas évaluer la qualité scientifique des programmes.

La dimension "scientifique" de la CSI des médecins est extrêmement limitée, puisque son rôle consiste essentiellement à l'évaluation des organismes de développement professionnel continu qui demandent leur enregistrement au titre du DPC.

Ce sont les organismes qui sont évalués et non les programmes. Les organismes ne présentent dans leur dossier « qu'un seul programme type ». Ce programme « vitrine » ne permet pas d'évaluer que l'organisme adopte et respecte les règles du DPC pour l'ensemble des autres programmes déployés.

Il est prévu une évaluation des actions, et la CSI n'aura qu'un rôle extrêmement marginal dans cette évaluation. De plus à l'allure où les choses se mettent en place et avec la faiblesse des moyens, il est peu probable que cette évaluation se concrétise et permette le moindre impact à court et moyen terme. C'est la porte ouverte à toutes les dérives, comme nous y assistons déjà de la part de certains organismes se revendiquant d'un agrément OGDPC, et qui sont appelées à s'amplifier avec les organismes qui ne poursuivront qu'un but lucratif.

Le montage DPC avec "des briques" cognitives et d'évaluation permet des partenariats et des sous-traitances avec des organismes qui sont exclus de l'évaluation par l'OGDPC. Cela rend encore plus difficile le contrôle sur les programmes non évalués et agréés et permet d'introduire dans le dispositif des opérateurs qui ne viseraient que des « objectifs commerciaux ».

La CSI ne peut pas garantir strictement l'indépendance du contenu des programmes de développement professionnel continu des organismes qui présentent un dossier d'évaluation.

Pour garantir l'indépendance des programmes de formation vis à vis des « entreprises fabriquant ou distribuant les produits de santé » la CSI des médecins a voté, à la majorité absolue, lors de sa séance du 19 mars 2013 : *« Il ne peut y avoir de financement des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé dans les recettes totales de l'organisme pendant la période d'évaluation favorable ».*

Or le ministère a fait paraître un arrêté le 19 juillet 2013 qui n'a pas tenu compte de l'avis et du vote de la CSI. Cet arrêté permet un financement des organismes et/ou des sous traitants par des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

En revanche, ce même arrêté demande que les CSI garantissent strictement l'indépendance du contenu des programmes de DPC des organismes qui présentent un dossier d'évaluation. Ce qui est bien entendu impossible dans les conditions d'évaluation des organismes tel que fixés par les textes organisant le DPC et nous mettant dans la position de cautionner les dérives que va structurellement provoquer le dispositif.

Pour ces raisons, madame la Ministre, nous suspendons totalement et immédiatement notre participation à la CSI des médecins. Nous souhaitons que des mesures soient prises dans la concertation pour faire évoluer significativement le dispositif afin d'avoir les moyens d'assurer nos missions pour assurer la qualité scientifique des organismes et garantir l'indépendance des programmes proposés.

Dispositif de DPC.

Sans organisation conjointe avec la profession, le DPC est voué à l'échec : sa mise en place n'est pas seulement une affaire administrative.

La mise en place du dispositif de DPC se poursuit de manière toujours aussi chaotique. Elle se base sur des critères réglementaires défaillants au mépris de la finalité même du DPC, des organismes et des professionnels :

- non publication de l'arrêté sur les critères d'évaluation des organismes,
- amalgame entre dossier d'enregistrement et d'évaluation des organismes,
- maintien de la date butoir du 30 juin pour le dépôt des dossiers d'enregistrement en l'absence des critères d'évaluation, malgré les demandes réitérées de prorogation de cette date en raison de ce retard,
- non indemnisation des professionnels de santé ayant effectué un programme de DPC depuis janvier 2013.

Cette mise en place est pilotée par les instances administratives, sans aucune concertation avec les professionnels et leurs instances représentatives, au mépris des compétences et de l'expérience acquises depuis des années. Il n'y a pas de prise en compte de la volonté de la profession organisée et des organismes de participer activement à la mise en place du dispositif. Par exemple :

- la CSI n'est pas sollicitée pour produire les outils qualitatifs du dispositif (support informatique du dossier d'évaluation des organismes par la CSI, cahier des charges des plans de contrôle à posteriori, questionnaire de satisfaction des participants en fin de programme, ...)
- les sections professionnelles du conseil de gestion et des sections paritaires ne sont informées des points d'avancées qu'à leur demande insistante, et au dernier moment pour avis.

Est-ce une volonté délibérée d'exclure les professionnels qui ont, malgré tout, manifesté par leur investissement sans faille la volonté de faire fonctionner la formation ?

Le Collège de la Médecine générale et la section professionnelle des instances paritaires des médecins :

- réaffirment que rien ne peut se faire SANS une implication forte des professionnels dans la conception et la production des outils
- soutiendront tout organisme qui aurait des difficultés pratiques en rapport avec la date butoir du dépôt du dossier d'enregistrement du 30 juin 2013
- proposent un modèle et des modalités pour le questionnaire d'évaluation des participants à l'issue des programmes de DPC
- exigent d'intégrer la CSI dans le processus d'élaboration de toutes les démarches d'évaluation.
- exigent que les participants à des programmes de DPC du 1^{er} semestre 2013 soient indemnisés au plus vite
- réitèrent leurs inquiétudes concernant la qualité et l'efficacité du dispositif de DPC

La profession organisée demande instamment aux tutelles de reconnaître et prendre en compte son rôle déterminant dans la conception et la mise en place d'un dispositif opérationnel, et efficace.

Le Collège de la Médecine Générale encourage les participants à se rapprocher des organismes issus de la profession pour les accompagner dans leur parcours de DPC.

Le Collège de la Médecine Générale tire la sonnette d'alarme : « beaucoup trop de lourdeurs et d'ambiguïtés pour le DPC ».

Depuis la mise en place de la CSI et des deux composantes représentant les disciplines médicales, le Collège de la Médecine Générale s'inquiète de l'absence de vision claire du dispositif à venir. Il a analysé l'état de déploiement du Développement Professionnel Continu, en particulier pour les médecins généralistes et fait un constat inquiétant :

- La mise en place du nouveau dispositif est techniquement laborieuse, l'informatisation à marche forcée générant des difficultés importantes pour les associations, handicapant ainsi la montée en charge du dispositif.
- L'insuffisance de gouvernance politique du premier trimestre et l'absence de règles de fonctionnement a laissé se dérouler des "programmes" d'une qualité insuffisante, les seuls éléments comptables et administratifs étant pris en compte. Cet état de fait peut conduire à un sentiment d'impunité dans l'hypothèse où des règles claires sont ignorées.
- La mise en place de la Commission Scientifique Indépendante des médecins ne tient pas compte du calendrier prévu, et les moyens sont notoirement insuffisants eu égard aux missions qui sont les siennes.
- L'intégration d'une part des formations de formateurs, d'autre part des formations de maître de stages universitaires dans les forfaits individuels limitent la participation de nombreux médecins aux actions de DPC, ce qui n'est pas cohérent au moment où la discipline a un besoin croissant de formateurs, tant en formation initiale que continue.
- L'analyse de cette situation montre une exaspération et une lassitude de tous les acteurs, un désinvestissement des médecins et des associations, une dérive par rapport à l'objectif initial d'amélioration des pratiques. Tout ceci ne peut que générer des craintes importantes sur la poursuite du déploiement, avec la perspective d'une régression qualitative et quantitative par rapport aux dispositifs antérieurs. En conséquence, le Collège de la Médecine Générale exige sans délais.
- Des choix politiques courageux qui se traduisent enfin par un vrai pilotage politique et prennent en compte l'avis des associations de formation. Celles-ci doivent être réellement positionnées en tiers de confiance et interlocutrices directes des médecins.
- La définition par décret de critères qualitatifs des organismes de DPC et de leurs programmes, s'appuyant sur les recommandations de la Commission Scientifique Indépendante, pour que l'ouverture aux nouveaux effecteurs ne soit pas synonyme de marchandisation et de moins disant sur la qualité.
- La sortie du forfait individuel des médecins des formations spécifiques : formation de formateurs, maîtrise de stage, formations pluri-professionnelles, formation sur thématiques prioritaires de santé publique et organisation des soins primaires.

Les organisations membres du Collège (syndicats, sociétés scientifiques, associations de formation) ont joué le jeu de la mise en place du DPC. Ils attendent en retour une prise en compte de leurs propositions pour faire du DPC l'outil d'amélioration de la qualité des soins. Cet objectif initial du DPC ne peut actuellement être atteint, vu les dérives actuelles.

Le Collège de la Médecine Générale demande à Madame la Ministre Marisol Touraine de définir des directives concernant le dispositif de DPC.

Le constat :

L'instabilité actuelle du Dispositif du développement professionnel Continu (DPC) présage sa probable inefficacité

La nomination des membres représentant la Médecine Générale à la Commission scientifique indépendante (CSI) a été faite en contradiction avec la procédure prévue et sans respecter les souhaits du Conseil national professionnel de la médecine générale.

Le Collège de la Médecine Générale demande :

- Une définition des objectifs politiques et professionnels attendus d'un dispositif de DPC pertinent et opérationnel.
- Une priorité affichée sur la médecine générale et les spécialistes de premier recours devant se traduire par un DPC opérationnel, avec maintien du temps de DPC sur le temps professionnel et des indemnisations à hauteur de 8 journées par an et par médecin.
- Une modification des nominations à la CSI afin de respecter la lettre et l'esprit de la réglementation ainsi que la volonté de la discipline.
- Une mesure urgente définissant les modalités pratiques du DPC pour 2013.

Le Collège fera des propositions concrètes pour améliorer ce dispositif au bénéfice de tous lors du Congrès de la Médecine Générale à NICE.

Dans l'attente de ces décisions, les personnalités proposées par le CNP médecine générale et nommées au sein de la CSI suspendent leur participation aux réunions techniques prévues les 27 juin et 5 juillet 2012.

Communiqué du VUC à propos des décrets DPC.

Développement professionnel continu (DPC) : Pour que le dispositif de DPC devienne un outil efficace et opérationnel d'accompagnement professionnel au service de la qualité, la profession, unanime, fait des propositions constructives et exige des réponses de la Ministre.

Malgré l'implication importante des structures professionnelles dans la rédaction des décrets DPC depuis de nombreuses semaines, avec des propositions constructives, prenant en compte l'esprit de la loi, Malgré un consensus professionnel sur quelques points durs, La rédaction des versions successives des décrets DPC entraîne une inquiétude majeure dans la profession quant à la pertinence et la faisabilité de ce nouveau dispositif.

1) Tous les organismes peuvent être enregistrés, même si l'avis de la CSI est défavorable

Problème :

Sous prétexte d'une Directive services dont l'interprétation n'est pas consensuelle, cette possibilité ouvre la porte à toutes les dérives. Ainsi, tous les organismes enregistrés pourront proposer du DPC, même s'ils ne demandent pas de fonds publics. On assiste à un verrouillage étatique des fonds publics et une libéralisation sans contrôle de toutes les autres possibilités.

Solution :

Les critères d'accès au DPC doivent être identiques quel que soit l'origine des financements ; les organismes ne répondant pas aux critères de qualité définis par la CSI ne doivent pas être reconnus comme organisme de DPC.

2) La profession n'est pas décisionnaire

Problème :

Si la CSI a un rôle d'élaboration des cahiers des charges, et de validation des programmes, tous les pouvoirs de décision et d'arbitrages, appartiennent à l'OGDPC constitué de l'état et des caisses. Même si des garanties et des assurances nous sont données verbalement, les différentes versions des textes ne font qu'entériner cette logique, et nourrit la « peur » légitime d'un dispositif totalement étatisé et technocratique, ne répondant pas aux problématiques professionnelles.

Solution :

Le souhait est de garantir le « bon usage des fonds publics », à l'abri des dérives, et en toute transparence. Nous demandons que soit prévue par les textes une **commission expertale paritaire** significative, profession /financeurs Etat Caisses, préparant de façon conjointe les décisions de l'OGDPC. Cela doit être un préalable, peu importe la structure.

Cette commission pourrait être intégrée au sein de l'OGDPC, instance créée par la loi.

3) Il existe 2 niveaux d'appels d'offres avec des instances, circuits et règles différentes

Problème :

Possibilité d'appels d'offres nationaux et régionaux. Créant de fait 2 dispositifs et un manque de lisibilité. L'intérêt d'un organisme collecteur et gestionnaire avec des règles claires et draconiennes peut se trouver contourné par « un circuit différent », moins transparent. **Solution :**

Les fonds publics doivent être gérés avec un seul circuit passant par l'OGDPC. Tout ce qui est considéré comme du DPC doit être validé par les Collèges puis la CSI. L'échelon national doit être prépondérant pour assumer la cohérence et la qualité, avec un regard sur les appels d'offre gérés par les ARS.

4) Il existe une confusion des rôles CSI/FSM/Collège

Problème :

Compte tenu de l'offre et du travail, la CSI constituée de 17 personnes ne pourra tout gérer. La crainte est donc forte qu'elle ne soit qu'un alibi. **Solution :** Les Collèges par spécialité doivent avoir un rôle majeur :

- en ce qui concerne la validation des programmes, outils, méthodes, références, qui doit être explicitée dans le projet de décret,
- en ce qui concerne le lien avec la HAS.

5) En ce qui concerne la médecine générale, les structures de médecine générale organisées au sein du VUC en 3 composantes professionnelle, scientifique et académique, demandent de façon unanime, que le VUC soit l'interlocuteur « qualifié » pour la médecine générale :

- association **es qualité** à toutes les réunions concernant la mise en place du DPC : finalisation des décrets, réunion de cadrage, rédaction des cahiers des charges, etc.
- **interlocuteur** de la HAS et du ministère, en ce qui concerne la reconnaissance des méthodes, outils, contenus et programme pertinents pour la spécialité médecine générale, en s'appuyant sur sa composante scientifique. Le VUC assure ces missions dans l'attente de la **constitution effective du Collège de Médecine Générale, prévue au Congrès de Médecine Générale de Nice fin juin 2010. Le VUC est administré par les 8 structures suivantes :**
CSMF – MG France – SML – Union généraliste/FMF CNGE – SFMG – SFTG – SFDRMG

Le futur Collège de la Médecine Générale, animé par le groupe VUC, exprime les plus vives inquiétudes pour la mise en place du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC), faisant suite à la loi HPST.

Il a constaté, lors de l'étude des 4 décrets :

- Le danger et l'irrationalité de la « destruction programmée et sans concertation » du dispositif actuel de formation continue qui a permis le développement d'une formation de qualité et élevé le niveau qualitatif des organismes agréés.
- L'effet d'affichage d'une régionalisation artificielle et brutale, créant de fait deux circuits concurrentiels qui n'auront ni les mêmes circuits ni les mêmes contraintes, nivelant par le bas l'ensemble du dispositif.
- L'oubli de la médecine générale et des soins primaires, en opposition avec l'esprit et la lettre de la loi HPST
- La dérive technocratique d'un dispositif conçu sur le papier, sans l'expertise des professionnels concernés, excluant de tout pouvoir décisionnel les acteurs légitimes de terrain et marginalisant la médecine générale.

Pour autant, le futur Collège approuve la nécessité d'un dispositif de DPC structurant pour l'organisation du système de santé, en particulier la médecine générale et les soins primaires. Dans cet esprit, le VUC fait des propositions susceptibles de corriger le dispositif proposé afin de permettre une mise en place efficace :

- Modéliser et structurer l'ensemble des instances du dispositif en prenant en compte les soins primaires, à proportion de ce qu'ils représentent dans le système de soins et en cohérence avec la loi HPST.
- Définir une organisation des groupes par discipline, entre pairs, avec un financement équitable
- Instaurer pour la commission scientifique indépendante (CSI) des critères de qualité et d'indépendance, respectant l'autonomie et la spécificité des disciplines, à prendre en compte par l'organisme de gestion du DPC (OGDPC), tant pour l'enregistrement des organismes de DPC que pour la validation des programmes.
- Représenter les professionnels de la CSI au sein de l'OG DPC,
- Conserver une enveloppe significative dédiée à des actions nationales pour des appels d'offres thématiques, notamment pour mettre en place les outils du DPC à côté de la montée en charge des groupes locaux.
- Préserver un financement pour les actions actuelles qui ont fait leur preuve, et sont structurantes et modélisantes pour le DPC.
- Abonder l'OG DPC par une dotation des ARS, permettant de réaliser un financement national des groupes

L'analyse et les propositions du futur Collège de la Médecine Générale ont été portées lors de la première réunion de concertation des décrets DPC par l'ensemble des structures professionnelles présentes, et approuvées par les syndicats de profession de santé.

Des mesures opérationnelles seront proposées prochainement pour donner corps et faisabilité à ces axes indispensables à la mise en œuvre du DPC et transmises à Madame la Ministre de la santé et aux services en charge de l'écriture des décrets.

VERS UN COLLEGE DE MEDECINE GENERALE (VUC) :

30 organisations représentant les diverses composantes de la médecine générale proposent leur définition pour le Développement Professionnel Continu (DPC).

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est une **démarche continue** d'acquisition et d'approfondissement des compétences et d'amélioration des pratiques professionnelles, individuelles et collectives (allant de la FMI à toute la vie professionnelle, et intégrée à la pratique).

Il vise la **valorisation personnelle et professionnelle** et contribue à l'amélioration de la **qualité et de la sécurité des soins**.

Le DPC concerne l'ensemble des **champs de la pratique médicale et de l'organisation** du professionnel dans son **contexte local et dans le système de santé**.

Cette démarche s'effectue dans un processus collectif et transparent qui traduit **l'engagement et la responsabilité de la profession** devant les patients, la société et les financeurs.

Les axes du DPC sont définis **en réponse aux besoins** des patients, des professionnels et du système de santé. Les méthodes, outils, et indicateurs sont **définis par la profession**

Le DPC repose sur une **analyse réflexive des pratiques**.(*)

Ce développement personnel continu est intégré dans le **temps de travail et indemnisé**.

La mise en œuvre du DPC est **sous la responsabilité de chaque médecin** qui assure la gestion d'un plan personnel de DPC selon des modalités adaptées à son exercice. Chaque médecin doit pouvoir attester de son DPC en utilisant un **outil de suivi**.

Cette définition ambitieuse vise à faciliter l'engagement des professionnels dans la démarche qualité. Elle déterminera les contenus, méthodes et outils utilisables.

Des propositions constructives concernant les contenus et le cadre organisationnel seront rendues publiques début octobre.

() Analyse réflexive des pratiques : travail d'analyse critique des actions professionnelles à distance de l'action, particulièrement adaptée aux préoccupations professionnelles des médecins car s'appuyant sur leur pratique effective.*

COMMUNIQUÉS DU COLLÈGE

Le Collège de la Médecine Générale se félicite de la création de la sous-section médecine générale au Conseil National des Universités (CNU)

Les termes du communiqué des deux Ministères de tutelle sont explicites :

« Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes et Geneviève FIORASO, secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur et à la Recherche annoncent l'ouverture d'une sous-section au Conseil National des Universités pour la reconnaissance de la médecine générale. »

« Annoncée vendredi 28 novembre lors de la clôture du Congrès National des Généralistes Enseignants, cette décision, très attendue de tous les professionnels concernés, constitue une avancée historique dans la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité d'excellence, au cœur des réseaux de prévention et de soins, au bénéfice de la santé publique et au plus près des besoins des patients. »

Le Collège de la Médecine Générale souhaite que cet acte fondamental et longtemps attendu par les acteurs de la discipline universitaire soit :

- accompagné par les nominations d'enseignants titulaires et associés essentielles au bon fonctionnement des départements de médecine générale,
- prolongé par les décisions et les annonces indispensables pour définir la place et le rôle de la profession dans le système de soins et lui donner les moyens de sa mission.

Il est nécessaire que la loi de Santé en gestation évolue dans le même esprit pour une structuration efficiente des soins primaires.

Le Collège de la Médecine Générale est disponible dès maintenant pour apporter sa contribution à l'élaboration de ces éléments.

Contacts Presse

Pr. Pierre-Louis Druais, Président : pl.druais@lecmg.fr

Dr. Marie-Hélène Certain, Secrétaire Générale : mh.certain@lecmg.fr

Collège de la Médecine Générale

20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine

Tél. : + 33 (1) 47 45 13 55 - contact@lecmg.fr

Le Collège de la Médecine Générale appelle à signer une pétition pour l'évolution du système de DPC.

Les organisations professionnelles et scientifiques du Collège de la Médecine Générale dénoncent unanimement une situation du DPC aujourd'hui établie : un système sans pilote, une gestion technocratique, un pillage par l'Etat des honoraires différés qui finançaient la FPC, la stratégie de vouloir le même régime de formation pour toutes les professions de santé.

Nous voilà maintenant au pied du mur !

Les syndicats représentatifs de médecins ont déjà dénoncé dans un communiqué commun le 15 octobre dernier les décisions autoritaires prises par l'OGDPC pour solvabiliser un système à la dérive.

Nous devons continuer, ensemble, à nous battre avec détermination pour faire reconnaître nos droits légitimes à une formation indépendante, adaptée aux besoins de santé de la population et aux besoins des professionnels.

Aujourd'hui, le Collège de la Médecine Générale appelle toutes les organisations professionnelles, et les organismes de DPC à diffuser massivement une pétition pour l'évolution du système de DPC.

Signez et exigez avec nous les évolutions qui s'imposent : une gouvernance paritaire, un financement pérenne au niveau des standards européens, une définition paritaire des besoins, des thèmes, et des méthodes.

Signez la Pétition pour l'évolution du système de DPC :

<http://91.220.197.18/petition/>

Contacts Presse

Pierre-Louis Druais, Président : pl.druais@lecmg.fr
Marie-Hélène Certain, Secrétaire Générale : mh.certain@lecmg.fr
Pascal Charbonnel, Vice-Président : p.charbonnel@lecmg.fr

Collège de la Médecine Générale
20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. : 01 47 45 13 55 - contact@lecmg.fr

Développement Professionnel Continu (DPC) : le Collège de la Médecine Générale exige des solutions efficaces

Le Collège de la Médecine Générale a signalé les conséquences prévisibles d'un dispositif basé sur le seul respect d'une obligation formelle, dans un marché concurrentiel et non régulé. Face au constat des difficultés observées et partagées par tous et fort du rapport IGAS, le Collège a saisi la Ministre de la Santé et a fait des propositions constructives pour sortir le dispositif de l'impasse actuelle :

1) Rechercher la lisibilité et l'efficacité

Pour être utile, le DPC doit répondre à différents niveaux :

- Besoins individuels et collectifs définis par les professionnels et leurs organisations professionnelles
- Besoins de santé des patients sur les différents territoires
- Priorités de santé publique définies en commun
- Organisation des soins et stratégie de santé définie par les autorités sanitaires

Pour être efficace, le DPC doit s'appuyer sur l'analyse des pratiques professionnelles.

2) Préciser la nature de l'obligation

Il est important de différencier :

- Les procédures pour garantir et améliorer la qualité des soins
- L'obligation déontologique de maintien des compétences
- Les réponses aux besoins professionnels et aux besoins de santé et leurs financements

3) Intégrer les professionnels dans une gouvernance paritaire, pour le pilotage et l'organisation

- Dans la gestion politique
- Dans la gestion financière et administrative
- Dans la gestion scientifique, grâce à une CSI aux pouvoirs élargis

4) Impliquer les Collèges Nationaux Professionnels (CNP) dans la régulation de l'offre de DPC

Le Collège de la Médecine Générale s'inquiète des éléments inscrits dans le projet de loi (article 27) : objet des financements publics, place de l'Université dans la formation des professionnels en exercice ambulatoire, contrôle de qualité des organismes et des programmes en vue de la bonne utilisation des fonds publics.

**Le Collège de la Médecine Générale exige l'ouverture rapide d'une concertation
en vue de modifications législatives et réglementaires
et souhaite des directives de gouvernance claires et efficaces pour l'année 2015.**

Contacts Presse

Pr. Pierre-Louis Druais, Président : pl.druais@lecmg.fr

Dr. Marie-Hélène Certain, Secrétaire Générale : mh.certain@lecmg.fr

Collège de la Médecine Générale

20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine

Tél. : +33 (1) 47 45 13 55 - contact@lecmg.fr

« L'Etat a généré un dispositif qu'il ne maîtrise, ni dans sa finalité, ni dans ses objectifs, ni dans son pilotage, ni dans les moyens accordés », c'est la synthèse du rapport de la mission IGAS sur le DPC. Il confirme les termes des communiqués du Collège de la Médecine Générale de Juin 2012 et Mai 2013.

Le constat est sévère pour l'OGDPC, mais aussi pour la réforme elle-même et ses concepteurs. Cette réforme, soumise aux contraintes européennes, avec une logique concurrentielle, est dans son état actuel antinomique d'une politique de formation garantissant pertinence, qualité et indépendance.

Si l'analyse pointée des dysfonctionnements juridiques et pratiques du dispositif, elle questionne peu l'efficacité de la politique de formation proposée qui devrait être destinée à améliorer les pratiques et la qualité des soins des professionnels au bénéfice de la population.

Les dérives singulières et scandaleuses constatées en termes de qualité et d'indépendance ne sont pas mises en cause par le rapport. Ce dernier ne dénonce ni l'utilisation de l'argent public pour la formation à la méditation thérapeutique sous « les tropiques », ni les indemnités permettant de recevoir 517 € par demi-journée de présence contemplative lors de colloques, voire quelques heures « en restant chez soi devant son ordinateur ».

Il est flagrant que l'absence de contrôle qualité a permis des déviations ces deux dernières années, interpellant particulièrement l'utilisation des budgets sans finalité précise et sans contrôle qualitatif.

Si le rapport préconise le contrôle des organismes après évaluation, il ne critique ni la lenteur, ni le retard de sa mise en œuvre, ni même la nature des auditeurs pressentis.

Sans remettre en cause la formation à la maîtrise de stage comme méthode de DPC, le rapport remet en cause son financement par l'OGDPC. Il recommande l'intégration des formations de formateurs dans les forfaits de l'OGDPC et l'exclusion des formations à la maîtrise de stage d'une enveloppe conçue pour la formation médicale continue. C'est méconnaître ses objectifs et son rôle pour le développement de la discipline pour laquelle la formation des jeunes professionnels est un objectif prioritaire. Il est fondamental de poursuivre son déploiement dans le cadre d'un DPC structurant pour les médecins généralistes. C'est de plus oublier un peu vite la carence totale du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche dans l'organisation et le financement de cette fonction essentielle.

Les articles 144, 164 et suivants actent précisément les causes profondes et prévisibles de l'échec d'une « réforme mal née », source de mauvaise utilisation des fonds publics.

Si l'Etat doit être le garant du cadre général et de la bonne utilisation des fonds publics, il n'a pas vocation à organiser le DPC des professionnels.

A analyse incomplète, solutions inadaptées : aucun des 4 scénarios proposés n'est satisfaisant.

Il faut réaffirmer des concepts simples, clairs et transparents, dans un autre scénario dont la loi de santé doit être le vecteur et le Collège de la Médecine Générale, un acteur clé, pour ce qui concerne les soins primaires :

- la définition d'une politique de formation au regard du rôle de chaque discipline dans un système de santé organisé, conforme aux fondamentaux promus par le Collège de la Médecine Générale ;
- la finalité de la formation, basée sur le volontariat, doit être recentrée sur l'accompagnement des professionnels, et les grands enjeux de santé sur les bases de la Stratégie nationale de santé par exemple ;
- la maîtrise du pilotage politique et opérationnel au sein d'instances paritaires en fonction des besoins spécifiques de chaque discipline/métier, et des besoins de santé publique ;
- la qualité et l'indépendance des formations doivent être garanties par la gouvernance pédagogique et scientifique : les CSI doivent retrouver la plénitude et les moyens de leur rôle scientifique ;
- des cahiers des charges précis, élaborés en concertation avec les CSI et validés par les instances paritaires ;
- un OGDPC recentré sur ses rôles de banque et de gestion administrative, selon les règles de gestion des fonds publics. Il doit être administré par un conseil de gestion paritaire caisses/Etat/ professionnels. Il n'a pas vocation à être le pilote politique d'un dispositif de formation.

Les acteurs des soins primaires et notamment les généralistes ont besoin d'une formation basée sur des contenus définis et des méthodes qui ont fait leurs preuves.

Ceci nécessite, au-delà des modifications des textes, une finalité et des objectifs réaffirmés par Madame la Ministre comme elle s'y est engagée.

Le Collège de la Médecine Générale est prêt à participer sur les bases des propositions rendues publiques dès l'année 2012 (consultables sur le site www.lecmg.fr).

2/2

Contacts Presse

Pierre-Louis Druais, Président : pl.druais@lecmg.fr

Marie-Hélène Certain, Secrétaire Générale :

mh.certain@lecmg.fr

Collège de la Médecine Générale

20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine

Tél. : 01 47 45 13 55 - contact@lecmg.fr





COMMUNIQUE DE PRESSE

22 avril 2014

Le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecin généraliste traitant et psychiatre de secteur. Ils annoncent la signature d'une charte de partenariat

A l'occasion de la journée nationale de la Fédération Hospitalière de France du 30 janvier 2014 consacrée au "Parcours de Santé en Psychiatrie et Santé Mentale", les 2 Collèges avaient annoncé la signature d'une charte de partenariat pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale.

Les "troubles mentaux" sont devenus le deuxième motif de recours aux médecins généralistes et le premier pour les personnes âgées de 25 à 60 ans. (INSEE). La fréquence des co-morbidités associant troubles psychiques et somatiques entraîne une réduction de 15 ans de l'espérance de vie des patients par rapport à la population générale.

En fonction de la nature et de l'évolution des situations, les parcours de soins et de vie des patients et leurs entourages familial et social, impliquent de façon simultanée ou successive de multiples professionnels du champ médical et social.

La pertinence et la qualité des soins sont directement liées au niveau d'organisation et de coordination des interventions des acteurs locaux. Mais, le constat récurrent est fait tant par les usagers que par les professionnels eux-mêmes reste d'une insuffisance d'échanges et de collaboration.

Le mode de désignation du médecin traitant et la mise en place de liens spécifiques avec le médecin correspondant sont considérés comme le socle d'une organisation des soins pertinente. Ils doivent permettre d'optimiser les articulations avec les autres niveaux de soins ambulatoires et les établissements traitant de psychiatrie et de santé mentale.

Le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés s'accordent sur les 8 points figurant dans la charte.

Il s'agit là d'une étape importante de leur partenariat de nature à favoriser une approche coordonnée du parcours de santé.

Dr Christian Müller
Président de la Conférence Nationale
des Présidents de CME de CHS
06 77 02 37 13
Christian.muller@epsm-al.fr
www.cme-psy.org

Pr Pierre-Louis Druais
Président du Collège de la Médecine Générale
06 11 47 25 21
Pl.druais@lecmg.fr
www.lecmg.fr

Prescription réservée : un imbroglio hallucinant

Le dossier Nalméfène / Selincro

LES FAITS

Concernant le Nalméfène, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a pris une position claire en mai 2013 : avis favorable pour une prescription médicale et mise en place d'un plan de gestion de risques national. Elle n'a pas préconisé de restriction de prescription.

La Commission de la transparence a pris des positions variables dans le temps :

Dans un premier temps, la Commission a rendu l'avis d'une Amélioration du Service Médical Rendu faible (ASMR 4) et d'un Service Médical Rendu (SMR) faible, puis révision en ASMR 4 et SMR modéré associée à une primo-prescription restreinte aux spécialistes en addictologie, aux médecins des Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou des consultations d'addictologie hospitalières. Une procédure de suivi du médicament en vie réelle pour réévaluation à un an est proposée. Parmi les arguments invoqués pour cette restriction figurent notamment « **la faiblesse de la quantité d'effet du médicament et la nécessité d'un accompagnement psycho-social qui ne sera pas réalisable en pratique de ville par les médecins généralistes...** ». C'est une décision étonnante de la Commission : d'une part la prescription restreinte n'est pas de son ressort, d'autre part il est surprenant qu'elle ait une telle opinion sur la compétence des médecins généralistes qui assurent quotidiennement l'accompagnement psycho-social de leurs patients quelle que soit la problématique concernée !

Dans un deuxième temps, la Commission a préconisé des modes de remboursement sélectif en fonction de la qualité du prescripteur !

Dans un troisième et dernier temps, la Commission est revenue à une prescription réservée à des spécialités qui n'existent pas : l'addictologie n'est pas reconnue comme telle par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cette proposition exclurait de la prise en charge la grande majorité des patients puisque les services spécialisés prennent en charge seulement 5% des patients concernés.

Madame la Ministre de la Santé, lors de la séance des questions au parlement (26 février 2014) a déclaré : « ... **je donnerai la possibilité à tous les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, de prescrire avec remboursement ce médicament, compte tenu de l'enjeu majeur que représente la prise en charge de l'alcoolisme en France** ».

LE COLLEGE DE LA MEDECINE GENERALE RECOMMANDE :

- Que la prescription du Nalméfène soit ouverte à l'ensemble des médecins généralistes, sans conditions particulières pour son remboursement.
- Que de façon générale les « prescriptions réservées » reposent sur des arguments scientifiques structurés (pathologies rares, toxicité ou surveillance particulière des médicaments), et non pas sur des arguments économiques non avoués, faisant de la médecine générale et des patients les plus défavorisés la variable d'ajustement des économies de santé.

**CES SUJETS, NALMEFENE, BACLOFENE FERONT L'OBJET DE COMMUNICATIONS
LORS DU CONGRES DE LA MEDECINE GENERALE A PARIS LES 3, 4, 5 AVRIL**

www.congresmg.fr

Contacts

Pr Pierre-Louis Druais, président - 06.11.47.25.21 - pl.druais@lemcg.fr
Dr François Lacoïn, vice-président - 06.89.94.41.38 - f.lacoïn@lemcg.fr

COMMUNIQUÉ

VENDREDI 28 FÉVRIER 2014

Qualification en médecine générale : le Collège fait des recommandations

Un travail et un combat collectifs de plusieurs dizaines d'années ont permis de faire reconnaître la médecine générale en France comme dans tous les pays, selon la définition européenne de l'Organisation mondiale des médecins généralistes (Wonca 2002) :

- Comme une discipline scientifique et universitaire, avec sa filière de formation le D.E.S, (diplôme d'études spécialisées) depuis 2004, et ses enseignants chercheurs (loi de février 2008),
- Comme une spécialité, appuyée sur le référentiel métier et compétences officiel (Mission Matillon), ses modalités d'exercice, reconnaissance qui a enclenché le processus de qualification par l'Ordre des médecins, au sein de commissions de qualification (depuis 2007).

La médecine générale est une spécialité particulière par son mode d'exercice en soins primaires, par sa place de premier recours et par son rôle dans l'accompagnement des patients dans la continuité. Elle ne saurait être découpée en sous-spécialités, que ce soit par mode d'exercice ou par orientation.

Dans ce contexte, le Collège de la Médecine Générale réaffirme qu'il faut différencier « diplôme universitaire » et « qualification ordinale » :

- la validation du D.E.S (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale confère à tous les jeunes diplômés le titre de spécialiste dans la discipline.
- la soutenance de la thèse confère le titre de Docteur en médecine.
- la qualification ordinale est accordée de droit à tous les spécialistes diplômés qui débutent leur exercice professionnel. Pour les médecins généralistes en exercice, non titulaires du D.E.S, la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle permet d'obtenir le même titre, sur décision de commissions de qualification de l'Ordre des médecins en fonction de critères nationaux.

Cependant, des disparités importantes et inacceptables ont été observées suite aux décisions des commissions départementales, par non respect des critères nationaux, au risque de laisser des professionnels qui exercent la médecine générale au bord du chemin. Ces critères nationaux doivent être affirmés par le CNOM, et respectés par l'ensemble des commissions départementales.

La qualification ordinale procède uniquement de la spécialité universitaire ou de la reconnaissance de l'expérience et des acquis. La justification de l'expérience et le respect des critères sont une nécessité au regard de la transparence du rôle de chacun dans le système de santé, au service notamment de l'information des patients.

Le titre requiert au plan professionnel une prise en charge de tous les motifs de recours sans sélection des patients, une approche globale, un suivi des problématiques de santé les plus prévalentes, en particulier les patients atteints de maladies chroniques, dans le respect des données actualisées de la science.

Cet ensemble est illustré par la fonction de « médecin généraliste traitant ». Dans ce cadre, des techniques de soins particulières peuvent être intégrées à l'activité de médecine générale, au contraire d'activités à orientations exclusives et sélectives. Pour illustrer le propos, un spécialiste en médecine générale doit assurer prise en charge globale, coordination et continuité des soins conformément aux données de la science, en ayant la possibilité de recourir à ces techniques de soins.

Des processus de mise à niveau existent pour les médecins souhaitant changer d'activité et exercer la médecine générale, tenant compte des acquis de l'expérience et du curriculum vitae.

Le Collège conseille aux médecins qui n'exercent pas la médecine générale et qui n'ont pas de spécialités reconnues de se rapprocher de leurs organisations professionnelles pour faire reconnaître leurs droits légitimes. C'est le cas des nombreux médecins hospitaliers improprement qualifiés « PH de médecine générale ». Ce sont des médecins omnipraticiens qui relèvent souvent de spécialités comme la médecine interne, par exemple.

Le Collège de la Médecine Générale s'inscrit dans le travail effectué depuis plus de 30 ans pour clarifier aux yeux de la société et des patients la situation des médecins généralistes. C'est une nécessité au bénéfice d'une organisation lisible et structurée du système de santé et de la qualité et de la sécurité des soins prodigués à la population. C'est une nécessité pour respecter l'investissement des jeunes professionnels issus de l'université médicale, dans la médecine générale, spécialité identifiée et reconnue.

Contacts Presse

Marie-Hélène Certain, secrétaire générale : 06 15 69 72 92 – mh.certain@lecmg.fr

Pierre-Louis Druais, président : 06 09 42 22 77 - pl.druais@lecmg.fr

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

JEUDI 30 JANVIER 2014

DPC : Le Professeur Serge GILBERG, médecin généraliste, préside la CSI médecins pour l'année 2014

Les médecins généralistes ont suspendu pendant plusieurs mois leur participation à cette instance afin de dénoncer le manque de visibilité et les dérives potentielles qualitatives et financières du dispositif. **Le 28 janvier, ils sont revenus à la table avec des propositions d'axes de travail et une feuille de route précise pour la Commission scientifique indépendante des médecins (CSI médecins) :**

- Une rigueur dans l'examen des dossiers
- La mise en place de deux groupes de travail :
 - Une cellule de veille sur les dérives constatées
 - Un groupe chargé de définir et d'organiser des plans de contrôles scientifiques et pédagogiques des organismes
- Un calendrier de réunions
- L'objectif d'un bilan d'étape en mai 2014

Le Collège de la Médecine Générale appelle instamment les Pouvoirs publics à soutenir les propositions faites par les professionnels de manière à garantir un dispositif de qualité.

Contacts Presse

Marie-Hélène Certain : 06 15 69 72 92 - mh.certain@medsyn.fr

Pierre-Louis Druais : 06 09 42 22 77 - pl.druais@lecmg.fr

Serge Gilberg : 06 08 32 15 77 - sergegilberg@gmail.com

Nouvelles coordonnées

Collège de la Médecine Générale
20 rue de l'Hôtel de ville 92200 Neuilly-sur-Seine
T : 01 47 45 13 55 - www.lecmg.fr

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

MERCREDI 22 JANVIER 2014

Le Professeur Pierre-Louis DRUAIS a été réélu Président du Collège de la Médecine Générale.

Le Collège de la Médecine Générale a pour vocation d'assurer une fonction de représentation. Trois belles années après sa naissance officielle, il est aujourd'hui un interlocuteur légitime, désormais reconnu par les instances politiques, professionnelles et institutionnelles.

Le Collège mobilise au travers des différentes composantes toutes les compétences de la profession. Il a également pour mission la promotion de la formation initiale, la promotion d'une démarche de développement professionnel continu en adéquation avec les spécificités de la discipline et du métier.

Le Collège favorise le développement de la recherche en soins primaires. Il valide également les protocoles et recommandations pertinents en médecine générale reposant sur la recherche en soins primaires.

Le Conseil d'administration de 34 membres s'est renouvelé, rajeuni et féminisé (cf. liste jointe).

Les élections du nouveau bureau du CMG ont eu lieu le jeudi 16 janvier 2014. Il est composé comme suit :

Pr. Pierre-Louis DRUAIS, Président
Dr. Marie-Hélène CERTAIN, Secrétaire générale
Dr. Isabelle de BECO, Vice-présidente
Dr. Pascal CHARBONNEL, Vice-président
Dr. François LACOIN, Vice-président
Dr. Thierry ARNAUD, Secrétaire général adjoint
Dr. Charles-Henri GUEZ, Secrétaire général adjoint
Dr. Frédéric VILLEBRUN, Secrétaire général adjoint
Dr. Eric DRAHI, Trésorier
Dr. Michel COMBIER, Trésorier adjoint

Pour plus d'informations : www.lecmg.fr

Contacts Presse

Marie-Hélène Certain : 06 15 69 72 92 - mh.certain@medsyn.fr

Pierre-Louis Druais : 06 09 42 22 77 - pierrelouis.druais@sfr.fr

Nouvelles coordonnées

Collège de la Médecine Générale
20 rue de l'Hôtel de ville 92200 Neuilly-sur-Seine - T : 01 47 45 13 55

GAZETTES DU COLLÈGE

LA GAZETTE DU COLLÈGE

Fédérer | Représenter | Mobiliser

Expertises et sollicitations

120 sollicitations extérieures en 2014. Le Collège est de plus en plus sollicité pour participer à des groupes de réflexions ou représentations. Le bureau du Collège remercie tous les experts qui contribuent chaque jour à valoriser et promouvoir le travail de la discipline.

Pôle scientifique

Les quatre organisations scientifiques du CMG se sont réunies pour mieux organiser le Pôle scientifique du Collège. FAYR-GP les a rejoint, reconnaissance de la position scientifique de cette association de jeunes chercheurs. En s'appuyant sur les travaux existants ou à venir de ces structures, le Collège pourra étayer ses positions sur des argumentaires scientifiques solides et faire connaître aux médecins généralistes les données validées en soins primaires.

CNU : une nouvelle étape !

C'est officiel. Création d'une sous-section de Médecine générale au sein du Conseil National des Universités. Une juste reconnaissance de la discipline.

[Communiqué du Collège](#)

International

Le Collège est devenu le représentant officiel de la France auprès de la Wonca et membre observateur de l'UEMO. Une stratégie de communication internationale s'installe...



Un séminaire annuel du Collège productif

Le Collège organise chaque année son séminaire annuel. A cette occasion, chercheurs, formateurs, représentants professionnels et institutionnels se réunissent durant deux journées de travail et s'investissent ensemble pour le développement de la discipline.



Cette année le séminaire a eu lieu les 2 et 3 octobre à Saclay, en Ile-de-France. 80 personnes (médecins généralistes, cadres de santé, chercheurs et représentants institutionnels) ont travaillé autour de deux thèmes de travail : "Bases de données en médecine générale", piloté par le Comité Interface Inserm-Médecine générale, et "Santé mentale et médecine générale", piloté par le Collège.

Un groupe de travail sur les bases de données va rapidement se mettre en place au sein du Collège pour définir les différents besoins et les objectifs à développer. Sur la thématique Santé mentale, deux objectifs sont à atteindre en parallèle : enrichir le Livre Blanc sur les Maladies chroniques, auquel toutes les structures membres du Collège vont contribuer, et expérimenter sur le terrain la Charte de partenariat signée entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur.

Tous les documents de préparation et issus du séminaire sont disponibles sur le site du Collège : www.wlcmg.fr

DPC : Appel à pétition pour une évolution du système de DPC

Dés l'écriture des textes, le Collège avait tiré le signal d'alarme quant aux conséquences possibles d'un dispositif uniquement basé sur le respect d'une obligation formelle, dans un marché concurrentiel et non régulé. Aujourd'hui, le constat est alarmant. La mise en œuvre d'une mauvaise gestion du DPC se poursuit sans tenir compte des avertissements donnés par les professionnels.

Les structures membres du Collège ont saisi le Gouvernement et demandé une concertation en urgence. Des propositions concrètes ont été transmises au Ministre de la Santé le 8 septembre 2014.

Les syndicats représentatifs de médecins ont dénoncé mi-octobre les décisions autoritaires prises par l'OGDPC, à travers un communiqué commun. La concertation s'ouvre enfin le 24 novembre, avec conclusions prévues début février 2015.

[Télécharger le Dossier DPC du Collège](#)

[Les propositions du Collège remises au Ministre en septembre](#)

Trop c'est trop ! Le Collège soutient les syndicats et a lancé une pétition pour une évolution viable et pérenne du système. A diffuser largement.

[Accès à la pétition](#)

Charte de partenariat entre psychiatrie de secteur et médecine générale : phase 2

Le lancement de la deuxième étape du projet est imminent. Dans la continuité du travail engagé lors du séminaire annuel, un groupe projet, composé d'experts des deux parties, a été mis en place pour mener dès 2015 une expérimentation de la Charte sur quelques sites pilotes. Cette expérimentation permettra de conforter son opérabilité dans le parcours de soins.

Consulter la Charte



Médecins de montagne

Créée en 1953, « Médecins de Montagne » est une association nationale loi 1901. Nous regroupons aujourd'hui plus de 300 médecins généralistes installés en stations de sports d'hiver françaises. Ces médecins de montagne exercent une médecine de 1er recours non programmée avec pour spécificité la traumatologie des sports d'hiver. En plus du suivi de la population locale et des saisonniers, ils assurent la sécurité de 8 millions d'usagers des pistes de ski chaque saison.



L'association poursuit les objectifs suivants :

Améliorer la qualité de la prise en charge médicale en station de sports d'hiver

Organisme de formation Médicale Continue, nous proposons chaque année des formations spécifiques à cet exercice.

Faire connaître et défendre la spécificité de l'exercice médical en montagne

La Médecine de Montagne est en effet une spécificité médicale passionnante mais non reconnue.

Prévenir les risques d'accident : un observatoire de l'accidentologie des sports d'hiver

Riche de 60 de nos adhérents, ce réseau épidémiologique nous permet de réaliser des actions de prévention ciblées et de mieux connaître nos pratiques pour les améliorer.

Organiser l'offre de soins en station de sports d'hiver

Nous proposons une classification des centres de soins de station en trois niveaux afin d'organiser la réponse de soins en station de sports d'hiver.

Lutter contre la désertification médicale

Pour favoriser l'installation des jeunes médecins, nous militons pour des meilleures conditions d'exercice et multiplions les liens avec les internes.

Site Internet : www.mdem.org

M. Joris Frère, chargé de mission : info@mdem.org

Mme Marie Cottarel-Schussler, chargée de mission : contact.mcs@mdem.org

CMGF 2015

Pour la première année, le Congrès de la médecine générale est porté par le Collège. Les sessions et les ateliers sont définis. Véritable vitrine de notre discipline, il se doit d'être notre Congrès et le rassemblement annuel de toute la profession. Nous comptons sur chaque structure membre pour promouvoir cet événement, relayer les newsletters mensuelles et augmenter ainsi sa notoriété.

www.congresmg.fr

Instances 2015

Bureau

Jeudi 22 janvier
 Mercredi 11 mars
 Mercredi 15 avril
 Mercredi 20 mai
 Jeudi 25 juin
 Jeudi 3 septembre (bureau élargi)
 Jeudi 5 novembre
 Mercredi 16 décembre

Conseil d'administration

Mercredi 25 mars
 Mercredi 17 juin (ou AG)
 Mercredi 14 octobre

Assemblée Générale

Mercredi 17 juin (ou CA)
 Mercredi 9 décembre

Voeux du Président

A l'occasion du premier bureau en 2015 du Collège, les structures adhérentes sont invitées à célébrer une nouvelle année de travail et de collaboration fructueuse

le Jeudi 22 janvier 2015 pour un apéritif-déjeunatoire à Neuilly-sur-Seine, 20 rue de l'Hôtel-de-Ville. Cette rencontre permettra, en outre, de présenter les locaux du Collège.

Rédaction : MH. Certain / L. Labonne / Médecins de Montagne
 Réalisation : L. Labonne

Collège de la Médecine Générale
 20 rue de l'Hôtel de Ville
 92200 Neuilly-sur-Seine
 Tél. : + 33 (1) 47 45 13 55
contact@lecmg.fr
www.lecmg.fr



Agenda 2015

22/01	1er bureau 2015 (Neuilly-sur-Seine)
26-28/03	CMGF 2015 (Paris)
03/09	Bureau élargi (Paris)
08-09/10	Séminaire annuel (IDF)
22-25/10	Wonca 2015 (Istanbul)
09/12	Assemblée générale (Paris)

LA GAZETTE DU COLLÈGE

Fédérer | Représenter | Mobiliser

Séminaire annuel

Le séminaire annuel du Collège a lieu les 2 et 3 octobre prochains à Saclay, en Ile-de-France. Deux thématiques seront abordées en parallèle : les bases de données en soins de santé primaires, la médecine générale et la santé mentale.

Si vous êtes intéressé(e) par la dynamique portée par le Collège, [inscrivez-vous !](#)

Missions d'expertise

Le Collège a développé un outil pour faciliter le travail collaboratif avec ses partenaires institutionnels. Via son site Internet, toutes les propositions de missions d'expertise pourront être déposées en toute sécurité. Son lancement est imminent.

Inserm

Le Comité interface Collège/ Inserm est constitué. Le Collège sera représenté par 14 médecins généralistes.

[Composition du Comité](#)

INCA

La présidente de l'Institut National du Cancer, Agnès Buzyn, a été sollicitée pour la création d'un Comité interface. Le Collège propose la signature d'un accord cadre afin de renforcer la collaboration entre l'INCA et le Collège par le développement d'actions communes ou complémentaires.

Congrès de la Médecine Générale France 2014



Près de 3 500 participants ! Cette édition confirme le succès de ce rendez-vous annuel attendu de la profession et de la discipline réunies. Après plusieurs années à Nice, la 8ème édition du Congrès qui s'est tenue du 3 au 5 avril a de nouveau permis aux médecins généralistes, futurs et expérimentés, de partager leurs réflexions et leur expérience.

Le Collège vous donne rendez-vous du 26 au 28 mars 2015, au Palais des Congrès de Paris. A l'année prochaine !

[Les abstracts du Congrès](#)

Les Maladies chroniques, le Livre Blanc du Collège de la Médecine Générale

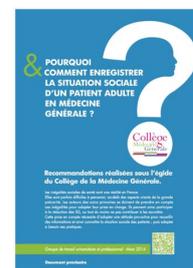
Le Congrès de la Médecine Générale fut également l'occasion de présenter le Livre Blanc du Collège. Il s'agit d'un ouvrage contributif, évolutif et didactique. Un outil de travail pour les soignants de premier recours et pour les institutions ayant à voir avec l'organisation du système de santé.

[Pour consulter le Livre Blanc](#)

Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient en médecine générale ?

Ce document, fruit d'un travail collectif, a été mis à disposition des participants du Congrès de la médecine générale. Vous pouvez télécharger sa version "chartée" : [Accès au téléchargement](#)

Une synthèse a également été diffusée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) lors des journées de la prévention qui ont eu lieu début juin.



1er Congrès francophone sur le parcours de santé PAERPA

Le Collège de la Médecine Générale (Marie-Hélène Certain, Eric Drahi, Pierre-Louis Druais et Philippe Marissal) a participé au 1er Congrès francophone sur le concept de Parcours de Santé PAERPA qui a eu lieu les 9 et 10 avril à Montpellier. Au coeur de cet événement institutionnel, les interventions du Collège ont été remarquées et saluées.

[Abstracts du Congrès](#)
[La présentation du Collège \(slides\)](#)

Signature de la Charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur

Le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés se sont accordés sur 8 points figurant dans une Charte définissant la mission et le rôle de chacun dans le domaine de la santé mentale. Un communiqué de presse commun a été diffusé le 22 avril.

Consulter le communiqué

Consulter la Charte

Zoom sur FAYR-GP

La French Association of Young Researchers in General Practice (FAYR-GP) a pour objectif de promouvoir la recherche en médecine générale et en soins primaires auprès des externes, des internes et des jeunes médecins.



L'association propose :

- la préconférence. Une fois par an, la veille du Congrès du Collège de la Médecine Générale,
- l'Ecole d'automne : formation à la recherche qualitative, quantitative ainsi qu'à la lecture critique d'articles. Elle aura prochainement lieu les 12 et 13 septembre 2014 à la faculté d'odontologie de Lyon,
- la banque de thèses sur www.theseimg.fr : les thésards peuvent y déposer leur thèse de médecine générale dans les 12 mois qui suivent leur soutenance. Certaines thèses seront sélectionnées pour une publication sous forme de résumés commentés dans la revue EXERCER,
- un livre : "Initiation à la recherche", écrit par Paul Frappé. Ce livre rassemble des fiches synthétiques et pratiques sur les méthodes de recherche employées dans le domaine de la santé.

L'association souhaite favoriser la collaboration inter-équipes et la création de réseaux entre jeunes chercheurs.

Pour tout renseignement : contact@fayrgp.org

Ecole d'automne : <https://www.facebook.com/FayrGp>

Agenda

18/06	Conseil d'administration
02-05/07	Wonca Europe (Lisbonne)
12-13/09	Ecole d'automne de Fayr-GP (Lyon)
19/09	4ème Rencontre nationale de Reagjir (Avignon)
02-03/10	Séminaire annuel du CMG (Saclay)
16-17/10	1er Congrès du CNOM (CNIT-La Défense)
06/11	Conseil d'administration
27-28-11	14ème Congrès national du CNGE (Lille)
10/12	Assemblée générale

Dossier Nalméfène

Suite aux différentes prises de position de la Commission de la transparence et à la déclaration de la Ministre de la Santé sur la prescription du Nalméfène, le Collège recommande une prescription ouverte à l'ensemble des médecins généralistes, ainsi qu'une prescription réservée reposant sur des arguments scientifiques structurés.

Le communiqué de presse

Coté pragmatique change de ligne

La ligne téléphonique CoTé PrAgmatique est maintenant accessible au 01 75 62 22 92. Elle permet à des médecins généralistes experts sur la prescription et la non prescription d'antibiotiques de répondre aux questions de leurs confrères, sans se substituer à eux, en direct en consultation ou en dehors de la consultation.

Pour en savoir plus

Publications du Collège

Dans le cadre du Congrès, le Collège a édité de nouveaux documents : [présentation du Collège](#), [présentation du Livre Blanc](#).

D'autres publications sont également mises à disposition : [DPC en 19 questions](#), [DPC et ses modalités](#), [Plan de santé personnalisé](#).

LA GAZETTE DU COLLÈGE

Fédérer | Représenter | Mobiliser

Recherche

Le Collège a produit avec le Comité interface Inserm - Médecine générale un document intitulé « La recherche en soins primaires », envoyé au ministère de la Santé et au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

[Pour consulter le document](#)

Le séminaire annuel du Collège aura lieu les 2 et 3 octobre en Ile-de-France. Deux thématiques seront abordées : les bases de données en soins de santé primaire et la santé mentale.

Haute Autorité de Santé

La réunion interface Haute Autorité de Santé/Collège de la Médecine générale (pour le Collège : Pierre-Louis Druais, Isabelle de Beco, Pascal Charbonnel, Marie-Hélène Certain) a permis d'avoir une plus grande lisibilité sur les différents services, interlocuteurs et formats des productions de la HAS pour lesquelles nous sommes sollicités. Le nombre et la redondance de ces demandes interrogent quant à la pertinence et l'utilité réelle, mais le suivi nécessite une rigueur et des outils que le Collège commence à mettre en place.

Livre Blanc

Compilation évolutive des écrits, productions, articles concernant les maladies chroniques, sous forme informatique, il se veut évolutif. Il entre dans sa phase de lecture pour une présentation au Congrès de la Médecine générale de Paris.

Le Collège a renouvelé ses instances

Un conseil d'administration de 34 membres, représentants 16 structures sur 23 structures adhérentes. Un bureau de 10 membres représentants 10 structures différentes.

[Composition du bureau](#)



Le Collège grandit et s'organise

Dans la continuité du travail entrepris depuis 3 ans et grâce aux subventions de l'Etat, le Collège s'est équipé, s'est installé à Neuilly-sur-Seine et a accueilli une attachée de direction, Laetitia Labonne.

Pour cette nouvelle étape, est en cours un travail de « fourmi » nécessaire et structurant : les démarches administratives et financières de base, la constitution de fichiers opérationnels tant pour la communication interne que la communication externe, la réalisation d'une base de données pour « gérer l'ensemble des projets et actions » au plan opérationnel administratif et financier, la consolidation du pool d'experts et personnes ressources, le développement du site. La bases de données « multi usages » va nous permettre de recenser les experts et personnes ressources pour répondre rapidement aux sollicitations des institutions et demandes d'expertise.

Si vous souhaitez travailler avec et pour le Collège, [cliquer ici](#)

Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient en médecine générale ?

Le Collège valide le document, fruit d'un travail collectif de recherche.

Ce document fera bientôt l'objet d'une version courte diffusée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

[Télécharger le document](#)

Paerpa, ou « personne âgée en risque de perte d'autonomie »

Projet stratégique porté par le ministère de la Santé, il se veut modélisant dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, mais n'est encore pas lisible pour les professionnels du terrain. Un « Copil » réunit tous les acteurs (le Collège a demandé sa participation *es qualité* à ce Copil). La Haute Autorité de Santé est chargée d'élaborer les outils qui seront utilisés : PPS ou Plan Personnalisé de Santé (plan d'actions, soins et aides formalisé à plusieurs), dossier de liaison d'urgence, éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les facteurs de risque d'hospitalisation, dossier de sortie d'hospitalisation.

Santé mentale

Le Collège travaille à une charte avec la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés. Créer un lien et favoriser la coordination entre la psychiatrie et les soins primaires s'avère indispensable. Ce document est modélisant, il doit évoluer et être lu au regard des spécificités des territoires.

[Télécharger la Charte](#)

Le CMG était présent à la journée de la Fédération Hospitalière de France (FHF), le 30 janvier 2014, consacrée à la santé mentale. Le Collège va aussi participer à divers groupes à la HAS et co-présider un groupe de travail sur la coordination médecins généralistes/psychiatres

Inpes

L'interface avec le Collège doit se structurer également avec l'élaboration de méthodes de travail correctes, autour du groupe existant.

Le site évolue et s'enrichit

Donner de la visibilité au Collège, être une vitrine des productions des structures membres et amplifier leur action. Beaucoup de nouveautés sur le site www.lecmg.fr

Suggestions, idées, apport de contenu, le site vivra aussi grâce à vous !

CMGF 2014

Congrès de la Médecine générale



3/4/5 avril 2014

Palais des Congrès - Paris
www.congresmg.fr

Le Collège prépare son stand !

Le Collège participe *es qualité* et à travers des experts qu'il propose. Il y a un gros enjeu du côté de la nécessaire implication des professionnels de proximité, notamment médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens. L'information et la formation vont être des outils de cette appropriation : le Collège et les syndicats travaillent avec le ministère de la Santé pour que cette formation soit réellement structurante et utile.

[Pour en savoir plus](#)

Le Collège de la Médecine générale participera également au 1er Congrès francophone sur le concept de Parcours de Santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) prévu les 9 et 10 avril 2014 à Montpellier. Notre participation visera quelques objectifs cibles, simples et limités :

- définir une coopération entre les Collèges de gériatres et de Médecine générale,
- identifier la complémentarité entre la médecine générale et la gériatrie dans le parcours de vie des patients,
- réaliser des présentations ciblées, argumentées : comment intégrer les fonctions de la discipline dans la démarche de soins, notre définition du PPS, place et rôle de l'équipe de proximité autour du patient.

[Programme du Congrès](#)

DPC, dossier chaud et non stabilisé

Dossier toujours très insatisfaisant, et dans l'attente du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) annoncé par le ministre de la Santé depuis 6 mois !

Lutte continue des représentations professionnelles et scientifiques, et des organismes de Développement Professionnel Continu (DPC), pour parer aux dysfonctionnements les plus criants, et faire face à la machine technico-administrative de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). Serge Gilberg préside la Commission scientifique indépendante (CSI) médecins pour l'année 2014. Deux groupes de travail ont été mis en place, l'un sur les plans de contrôle, l'autre pour recenser les dérives du dispositif. A quand des évolutions pour un dispositif de qualité, réellement utile pour les professionnels ?

[Communiqué du CMG](#)

Qualification en médecine générale

Sur la base des acquis concernant la discipline et la spécialité Médecine générale, le Collège a fait sous forme de communiqués des recommandations concernant les critères de qualification ordinale. Etre rigoureux sur les critères fondamentaux tout en rassurant les vrais généralistes qui utilisent des techniques particulières, la voie était étroite.

[Communiqué du CMG](#)

Cancérologie/INCa

Le troisième Plan cancer annoncé le 4 février par le Président de la République, François Hollande, n'apporte pas réellement de réponses structurelles aux attentes des patients, ni aux attentes des médecins généralistes. Le premier recours pluri professionnel est inscrit, mais sans définition de territoire, ni missions régaliennes. Il est instauré une concurrence systématique entre ce premier recours tel que nous l'entendons et des nouveaux métiers ou des dispositifs déjà connus. Il n'est pas dit si les infirmier(e)s clinicien(ne)s en cancérologie sont seulement hospitalier(e)s ou projeté(e)s en ville. Le médecin traitant doit s'inscrire dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) et dans le Dossier Médical Personnel (DMP).

C'est la condition quasi obligatoire pour qu'il puisse participer au suivi après traitement initial quand l'hôpital décide de « passer le relai ».

Le premier recours pourra peut-être pratiquer les chimiothérapies *per os* à domicile, mais la nécessité d'agrément, et de passage par appels d'offres font craindre la mainmise des dispositifs tels l'hospitalisation à domicile et autres...

Rapport décevant et peu structurant !



20 rue de l'Hôtel de ville 92200 Neuilly-sur-Seine

T : 01 47 45 13 55 - www.lecmg.fr

Agenda

19/03	Bureau
02/04	Assemblée générale Conseil d'administration
3-5/04	CMGF
9-10/04	Congrès Paerpa Montpellier
18/06	Conseil d'administration
2-3/10	Séminaire annuel
16/10	Conseil d'administration
10/12	Assemblée générale

PUBLICATIONS DU COLLÈGE

▶ Le Collège de la Médecine Générale est né à l'initiative des syndicats représentatifs de médecine générale (UNOF-CSMF, SML, MG France, Union généraliste), et des sociétés scientifiques de médecine générale (CNGE, SFMG, SFTG, SFDRMG) reconnues par la profession.

Suite à un travail préparatoire s'étalant entre septembre 2008 et décembre 2009, il s'est constituée une association déclarée, régie par la loi 1901, nommée le Collège de la Médecine Générale.

Le Collège est présidé depuis 2010 par le professeur Pierre-Louis Druais. L'association a pour objectif de faciliter la représentation et la promotion de la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale, pour ce qui concerne les sujets communs, notamment : le développement professionnel continu, la validation et la production de recommandations en soins primaires, la recherche en médecine générale, les aspects qualitatifs de l'exercice de la médecine générale et la formation médicale initiale.

▶ MISSIONS DU COLLEGE

- Assurer une fonction de représentation de la médecine générale auprès des différents acteurs : grand public, tutelles, organismes nationaux ou internationaux, industriels...
- Mobiliser, au travers des différentes composantes toutes les compétences de la profession pour tous les sujets touchant à l'exercice de la médecine générale et à sa promotion.
- Promouvoir une démarche de développement professionnel continu pour laquelle le Collège validera les objectifs, les contenus et les méthodes, en adéquation avec les spécificités de la discipline et du métier.
- Favoriser le développement de la recherche en soins primaires, la publication et la diffusion de ses résultats.
- Promouvoir et valider des protocoles et recommandations pertinents en médecine générale, reposant sur la recherche en soins primaires.
- Promouvoir une formation initiale visant au développement des compétences nécessaires à l'exercice du métier et aux évolutions du système et des demandes de soins.

MEMBRES DU BUREAU

PRESIDENT

Pierre-Louis DRUAIS

VICE-PRESIDENTS

Isabelle de BECO

Pascal CHARBONNEL

François LACOIN

TRESORIER

Eric DRAHI

SECRETAIRE GENERALE

Marie-Hélène CERTAIN

SECRETAIRES GENERAUX ADJOINTS

Thierry ARNAUD

Charles-Henry GUEZ

Frédéric VILLEBRUN

TRESORIER ADJOINT

Michel COMBIER

STRUCTURES MEMBRES



Réseau des GROG
Groupes Régionaux
d'Observation de la GORFC



► COMPOSANTE PROFESSIONNELLE

Jean-Louis BENSOUSSAN	MG FRANCE
Claude BRONNER	UNION GENERALISTE
Marie-Hélène CERTAIN	MG FRANCE
Pascal CHARBONNEL	UNION GENERALISTE
Michel COMBIER	UNOF-CSMF
Béatrice FAZILLEAUD	UNOF-CSMF
Charles-Henry GUEZ	SML
Eric HENRY	SML

► COMPOSANTE ACADEMIQUE

Pascale ARNOULD
Michel BISMUTH
Max BUDOWSKI
Pierre-Louis DRUAIS
Hector FALCOFF
Paul FRAPPE
Michel LEVEQUE
François RAINERI

► COMPOSANTE SCIENTIFIQUE

Antoine de BECO	SFTG
Isabelle de BECO	SFTG
Michel DORE	SFDRMG
Eric DRAHI	SFDRMG
Christian GHASAROSSIAN	CNGE
Luc MARTINEZ	SFMG
Vincent RENARD	CNGE
Philippe SZIDON	SFMG

► COMPOSANTE ISSUE DES ASSOCIATIONS ADHERENTES

Thierry ARNAUD	SOS MEDECINS FRANCE
Tiphanie BOUCHEZ	FAYR-GP
Fanny CASANOVA	FAYR-GP
David DARMON	REAGJIR
Philippe GUILLOU	SM BALINT
Patrick JOUBERT	MEDECINS DE MONTAGNE
François LACOIN	IRMG
Catherine LAPORTE	REAGJIR
Vincent LOUVEAU	MG FORM
Frédéric VILLEBRUN	USMCS

▶ PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Le Collège de la Médecine Générale a développé, aux côtés des structures adhérentes, des groupes de travail et de réflexion avec des partenaires institutionnels.



La Direction Générale de l'Offre de Soins



La Haute Autorité de Santé



L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Comité interface



L'Institut national de la santé et de la recherche médicale
Comité interface



L'Institut National du Cancer

www.lecmg.fr



Collège de la Médecine Générale
20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine
Tél : + 33 (1) 47 45 13 55
contact@lecmg.fr

Le Plan de Santé Personnalisé

Octobre 2011

Exemple de Plan de Santé Personnalisé

Date	Problème du patient	Problème du soignant	Pathologie	Objectif	Moyen	Intervenant	Date de suivi	Commentaires
01/06/10	Poids	Poids	Diabète	Limiter le grignotage	Limiter la prise le soir à 1 carré de chocolat	Patient	20/09/10	
20/06/10	Gêne respiratoire	Crises d'asthme d'effort	Asthme	Prendre 2 bouffées de béta2-mimétique avant l'effort	Avoir toujours sur soi un aérosol de Salbutamol	Patient	20/09/10	Texte
20/9/10	Gêne respiratoire	Crises d'asthme d'effort	Asthme	Faire la part de l'asthme dans la gêne respiratoire	Consulter un cardiologue et un pneumologue	Cardiologue et pneumologue	20/10/10	

Le Plan de Santé Personnalisé

Un outil de la décision partagée pour les patients atteints de maladies chroniques.

Le soin n'est qu'un des éléments de la santé.

Le Plan de Santé Personnalisé (PSP) concerne, non une pathologie, mais une personne présentant un ou plusieurs problèmes de santé chronique(s) et engagée dans une relation de soins avec un médecin traitant.

Le PSP introduit les autres acteurs de santé pouvant intervenir dans le cadre de réseaux formels ou informels de proximité et dans le cadre de l'urgence ou de la permanence des soins.

Il comporte une dimension de responsabilisation du patient lui-même par rapport à sa propre santé, donc d'appropriation dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Le PSP est centré sur la personne. Il tient compte à la fois des problèmes de santé et de soins et de leurs répercussions dans la vie des patients.

Il doit être suffisamment **ouvert pour être cohérent avec le modèle global de santé** sur lequel s'appuient la discipline « médecine générale » et la pratique des soins primaires. La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux. Elle affecte l'individu, sa famille et son environnement et demande une approche continue qui prenne en compte ces différents facteurs par les professionnels concernés. Il comporte ainsi plusieurs aspects en relations permanentes entre eux :

- un temps de prévention et de dépistage ;
- un temps de diagnostic de situation ;
- un temps d'élaboration négociée des objectifs et stratégies qui tiennent compte des maladies et de leurs répercussions. Ce temps comporte : un plan éducatif, un plan de soutien psycho-social, un plan de soins et de suivi comportant lui-même, à chaque étape, un temps d'évaluation qui permette de prendre les décisions les plus adaptées au contexte, aux maladies et aux personnes.

Le PSP s'applique à **toutes les personnes** atteintes de maladies chroniques, c'est-à-dire à leurs **problèmes de santé nécessitant des soins au long cours**. Le PSP doit être **évolutif**.

□ Un PSP POUR QUI ?

Tous les acteurs mobilisés autour de la personne sont concernés par le Plan de Santé Personnalisé :

- « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-social¹. » ;
- la personne elle-même dans son environnement ;
- l'entourage ;
- les différents acteurs médico-sociaux (spécialistes, médecins susceptibles d'intervenir à titre occasionnel, paramédicaux, acteurs sociaux...);
- les institutions : caisses, Haute Autorité de Santé, politiques.

¹ Loi HPST. Art L.4111-11

□ Un PSP POURQUOI ?

Le PSP a pour objectifs de :

- améliorer la santé de la personne ;
- améliorer l'efficacité des stratégies mises en œuvre ;
- améliorer le confort professionnel et la qualité du suivi ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- améliorer la qualité de vie de la personne et de son entourage.

Le PSP est un cadre organisationnel qui fait référence aux missions du médecin généraliste de premier recours² :

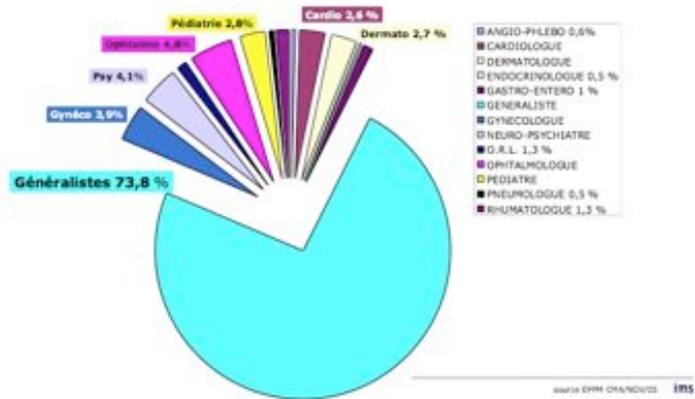
- contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;
- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective ;
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés ;
- contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1.

□ Un PSP COMMENT ?

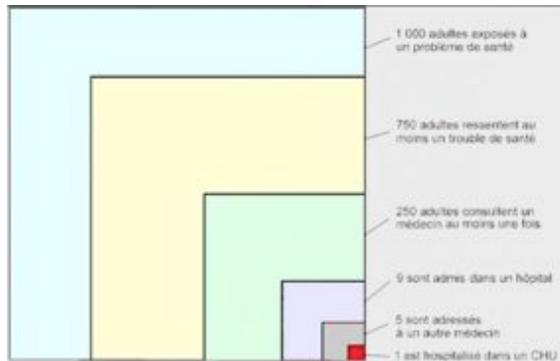
- **Le PSP implique une vision partagée** d'un projet qui prenne en compte les avantages et les inconvénients des stratégies pour le patient et l'entourage. Il doit être élaboré par le médecin et la personne pour un projet partagé et coopératif, sans hiérarchie entre les professionnels, s'appuyant sur une communication structurée et coordonnée.
- Le PSP s'intègre dans une trajectoire qui nécessite une **programmation stratégique** :
 - o construire un plan d'action intégré dans le dossier patient ce qui suppose de passer du concept de dossier « *journalier* » à celui de dossier « *programme* » ;
 - o programmer un suivi avec évaluation de chaque objectif (PDCA) et une évaluation globale qui prenne en compte le retentissement sur la qualité de vie de la personne et de son entourage ;
 - o définir les modalités de partage des stratégies ;
 - o définir les critères de traçabilité.
- Le PSP s'appuie sur **les outils de la qualité** :
 - o recommandations et Données Actualisées de la Science (DAS) ;
 - o référentiels en synergie avec les données de la science et les « données métier » : référentiel métier, recommandations, réglementation ... ;
 - o outil de programmation ;
 - o outils de la coopération : partage et répartition des tâches, outil de communication entre professionnels, traçabilité, synthèse et planification ;
 - o outil de la démarche qualité.

² Loi HPST. Art L. 4130-1

La Spécialité MEDECINE GENERALE : 74 % de l'ensemble des diagnostics posés

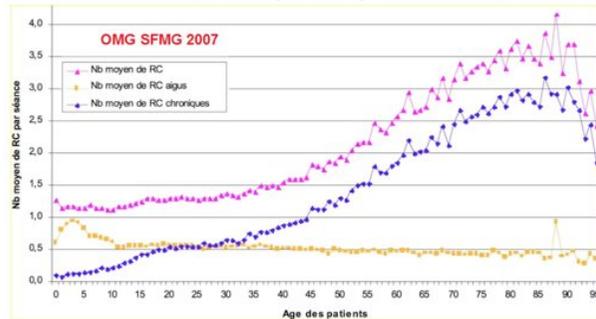


Le carré de White



Complexité et Coordination des Soins

MG : Nombre moyen de diagnostics aigus et chroniques par acte



Les Maladies Chroniques

Le Livre Blanc du Collège de la Médecine Générale

Mars 2014

Les Maladies Chroniques

Un enjeu pour le système de santé et les soins primaires

La transition épidémiologique, selon le terme habituellement consacré à la définition de ce phénomène, correspond à l'augmentation continue de la prévalence des pathologies chroniques, qui deviennent la principale cause de morbidité en prenant la place des pathologies aiguës, notamment les maladies infectieuses. Cette transition met tout autant au défi l'organisation des systèmes de soins, principalement adaptés jusqu'ici à la résolution de problèmes courts et limités dans le temps, que le contenu même de la pratique de soins. Le corollaire indissociable du développement des pathologies chroniques est celui de la polypathologie, qui touche un spectre bien plus large de patients que les personnes âgées uniquement : dès l'âge de 45 ans, 30 % des patients de soins primaires en Ecosse présentent au moins 2 problèmes de santé intriqués, avec un fort gradient social¹.

Avec ce Livre Blanc, fruit de la collaboration de toutes les structures membres du Collège de la Médecine Générale, nous présentons d'une manière illustrée les concepts sous-tendus par ce nouveau défi de l'organisation du système de santé.

Pour accéder au Livre Blanc : <http://www.lecmg.fr/livreblanc/>

Uniquement accessible en ligne.



¹ La transition épidémiologique. Introduction de la contribution de Fayr-GP.

Chapitre I : De la santé de la personne à la Santé Publique, d'une prise en charge individuelle à un parcours organisé sur un territoire.

1. Le constat et les problèmes à résoudre en matière d'organisation territoriale

- o La réalité des chiffres
 - Quel est le coût financier des maladies chroniques en France ?
 - Qui prend en charge les maladies chroniques en France ?
 - Qui prescrit les médicaments ?
 - Les modalités de prise en charge des maladies chroniques sont-elles satisfaisantes ?
- o La position des experts
 - Comment améliorer la qualité et la sécurité des soins ?
 - Quelles sont les avancées dans l'organisation du système de santé ?

2. Les contributions de membres et structures du Collège de la Médecine Générale

- o Quelles sont les définitions qui permettent de comprendre le concept de soins primaires ?
- o Qu'est-ce qu'un territoire de santé ?
- o Quelle est la place des coopérations interprofessionnelles et des coordinations ?
- o Quels sont les différents niveaux de coordination ?
- o Exemples de coopérations interprofessionnelles et d'organisations territoriales
- o De l'organisation des soins en France

3. Conclusions et propositions du Collège de la Médecine Générale.

Chapitre II : Les spécificités des prises en charge des maladies chroniques en soins primaires.

1. Contexte et organisation des soins

- o Quels sont les outils méthodologiques de recherche à développer pour apporter des réponses en terme de qualité et de sécurité des soins dans le cadre des maladies chroniques et des polypathologies ?
- o Comment mieux identifier les situations médicamenteuses à risque liées à la polyprescription en médecine générale ? Quelles propositions pour améliorer ces dysfonctionnements ?
- o Comment évaluer la complexité de la prise en charge des patients polypathologiques chroniques ?
- o Quels outils peut-on imaginer pour assurer ce suivi ?

2. Comment mettre en place un travail collaboratif pour gérer ces pathologies chroniques ?

- o L'organisation des professionnels apporte-t-elle des réponses coordonnées aux enjeux de ces prises en charge ?
- o Quelles orientations stratégiques proposer pour favoriser le développement rapide et structuré d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours ?
- o Comment programmer avec un patient une stratégie qui prenne en compte tous ses problèmes de santé et son contexte personnel ? Comment faire pour que cette stratégie soit évolutive et partagée par tous les intervenants ?
- o Comment réaliser en cabinet de médecine générale une éducation thérapeutique séquentielle, continue et intégrée aux soins et permettre à un maximum de patients d'en bénéficier ?

3. La prise en charge des maladies chroniques : à propos de quelques pathologies

- o Le cancer : quelle articulation entre les soins de premier recours et les centres de cancérologie ? Quelle relation avec le patient concerné directement ou indirectement par le cancer ? Quelles vérités partager avec le patient ?
- o Le diabète : comment passer d'une consultation ponctuelle à une programmation stratégique de la prise en charge ?

4. Conclusions et propositions du Collège de la Médecine Générale.

Cet ouvrage est évolutif. Son plan et son contenu seront amenés à évoluer constamment en fonction des contributions des membres du Collège de la Médecine Générale.

Collège de la Médecine Générale

Collège MG

LE DPC ET SES MODALITÉS :
Enjeux, définitions, méthodes

► Juin 2012





► SOMMAIRE

1	Introduction	3
2	La nécessité d'un langage commun	4
3	Méthodes et modalités pertinentes pour les généralistes (d'après les expériences)	5
4	Le Développement Professionnel Continu des maîtres de stage universitaires	7
5	Quelques exemples d'associations de méthodes	9
6	Un programme de DPC de A à Z, à usage des médecins généralistes	10
7	Propositions de critères de validation scientifique et pédagogique d'un programme (d'après recommandations du CS FPC et cahier des charges OGC 2012)	11
8	Les recommandations du Collège de la Médecine Générale	12

1 ► INTRODUCTION

Le Développement Professionnel Continu (DPC), basé sur l'analyse réflexive des pratiques, correspond à une synthèse de ce qui s'est fait jusqu'à présent en matière de formation continue, d'évaluation des pratiques professionnelles et de recherche de qualité de l'exercice professionnel des médecins.

Il doit permettre l'ancrage d'une dynamique de recherche de compétence dans la REALITE de l'exercice PROFESSIONNEL.

Tous les champs de la pratique professionnelle sont concernés par le DPC : les pratiques de soins (curatifs et préventifs), la relation avec les patients et les autres soignants, l'organisation professionnelle et la gestion du cabinet, la maîtrise de stage, la recherche, les relations avec les institutions, l'éthique des pratiques, etc...

Le DPC nécessite un accompagnement par des organismes s'appuyant sur les principes et les fonctions de la médecine générale, et sur les missions dévolues au médecin généraliste traitant.

Le DPC aujourd'hui, comme la FPC, doit être structurant. Il doit constituer un véritable outil d'accompagnement professionnel des médecins généralistes traitants, pour :

- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins donnés au patient dans ses dimensions individuelle et collective au sein d'un parcours de santé organisé en niveaux de recours.
- L'amplification des démarches de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique collectives et individuelles
- L'adaptation des réponses aux enjeux et évolutions du contexte professionnel, par exemple organisation territoriale, organisation des professionnels, coopérations, enjeux d'efficience du système de santé
- L'accompagnement du professionnel lui-même : satisfaction dans l'exercice, prévention de l'épuisement professionnel, évolutions de carrière ...

Le Collège de la Médecine Générale a produit une définition consensuelle qui devra se concrétiser dans les objectifs et la mise en œuvre du DPC.

Le DPC, pour se développer, devra s'appuyer sur l'existant et sur une frange significative de la profession en capacité d'accompagner effectivement l'individu et le groupe professionnel.

Le modèle organisationnel et le financement doivent permettre d'assurer un véritable accompagnement professionnel.

Le Collège de la Médecine Générale va produire plusieurs documents :

- ① Un document « Enjeux, définitions, méthodes du DPC » à soumettre à la HAS
- ② Les points fondamentaux et recommandations du CMG,
- ③ Des propositions d'orientations pertinentes en santé publique et structurantes pour le système de soins acceptables par Madame la Ministre,
- ④ Un document synthétique à destination des médecins généralistes et des organismes.

2 ▶ LA NÉCESSITÉ D'UN LANGAGE COMMUN

En quoi le DPC est-il différent de la FMC ou de l'EPP ?

À son origine, la Formation Médicale Continue (FMC) avait pour objectif de perfectionner les connaissances pour améliorer les pratiques. Cette FMC, dans sa forme traditionnelle, apportait du savoir, du savoir-faire et permettait d'avancer dans son savoir-être. Avec le temps, des analyses de pratiques se sont ajoutées en préalable et/ou à l'issue des actions de formation.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) partait d'une analyse de la pratique pour la confronter à des référentiels. La confrontation aux référentiels était destinée à construire des actions d'amélioration des pratiques. Le Développement Professionnel Continu (DPC), qui tend à s'imposer dans beaucoup de pays, part d'un recueil et d'une analyse de la pratique réelle du médecin, pour, dans un second temps, la comparer à un référentiel. Le troisième temps consiste à construire des actions pour la qualité de sa pratique et de les suivre dans le temps.

Qu'est-ce que la pratique réflexive ?

Il s'agit d'une prise de recul par rapport aux situations et pratiques réelles.

Elle doit comprendre 3 temps :

- Recueil et analyse des pratiques réelles: le professionnel réfléchit à ce qu'il fait réellement et aux problèmes qu'il rencontre grâce à des outils d'analyse de sa pratique. Les outils sont variés, par exemple : écriture clinique, analyse d'éléments de la pratique à l'aide d'une grille, tableaux de bord, recueil de données, groupes d'échanges de pratiques).
- Analyse et confrontation aux référentiels : il confronte son questionnement à des sources de référence (recommandations lorsqu'elles existent, synthèses de la littérature, consensus professionnels) seul ou de préférence en groupe dans le but de progresser.
- Suivi : il agit pour la qualité de ses pratiques. Dans l'idéal, il suit dans le temps sa pratique pour l'inscrire dans une démarche réflexive continue.

Qu'est-ce qu'un plan de DPC ?

Un plan de DPC est une succession de programmes choisis par le professionnel, au fil du temps, en réponse aux besoins qu'il a identifiés, et qui contribue à son DPC. C'est au médecin de choisir les actions et programmes auxquels il va participer, à partir de l'observation de sa pratique et de la réflexion qui en découle. Le plan est sous la seule responsabilité de l'individu et c'est un cheminement continu tout au long de l'exercice professionnel.

Le Collège de la Médecine Générale est favorable à l'utilisation d'un outil à destination exclusive du médecin, permettant à chacun de noter, pour lui-même :

- Ses besoins de DPC recensés
- L'analyse de ses besoins
- Les actions de DPC auxquelles il a participé. L'apport à sa pratique de ces actions et le suivi dans le temps des actions d'amélioration des pratiques mises en place.

La plupart des organismes de DPC vous proposeront des outils pour vous aider à réaliser votre plan de DPC.

Comment s'organise un « programme » de DPC ?

Il doit comporter obligatoirement 2 temps parmi les 3 temps suivants : recueil et analyse des pratiques, confrontation à un référentiel, suivi dont au moins un temps partagé. Un programme de DPC doit avoir une certaine durée.

Le Collège recommande un temps partagé en réunion physique. Il permet de renforcer l'identification disciplinaire. De nouveaux outils, comme les Web conférences, ou réunions virtuelles commencent à se développer. Ils nécessitent cependant une maîtrise parfaite de l'outil et une adaptation à ces nouveaux modes.

Qu'est-ce qu'une séquence ou action de DPC ?

Une séquence de DPC est une des briques qui participe à la démarche globale et continue du DPC du médecin. Elle peut être de différentes natures, par exemple, formation, et/ou évaluation. Plusieurs séquences constituent un programme.

3 ► MÉTHODES ET MODALITÉS PERTINENTES POUR LES GÉNÉRALISTES (D'APRÈS LES EXPÉRIENCES)

Les méthodes utilisées en formation et/ou en EPP peuvent servir de base à des programmes de DPC.

Le DPC comporte une analyse réflexive, et une confrontation avec un tiers ou des pairs.

Certaines méthodes permettant cette analyse et/ou cette confrontation ont fait leurs preuves et sont particulièrement appréciées par les généralistes : formations interactives en groupes, groupes d'analyse entre pairs, analyse de problématiques professionnelles, bilans de compétences et bilans professionnels, travaux de recherche, activité de maîtrise de stage dans le cadre de la formation initiale universitaire, ...

• **Groupes d'échanges et d'analyse de pratiques, entre pairs et/ou pluri-professionnels**

Le groupe apparaît comme un support au sein duquel sont mises en œuvre des méthodes diverses basées sur une analyse en commun des pratiques professionnelles.

Le groupe doit garantir le respect des procédures qualité et les 3 temps du DPC : principes de base, modalités de fonctionnement. Différents organismes et groupes locaux proposent des programmes adaptés, (groupes de pairs, groupes qualité, GEAP, groupes d'échanges sur un territoire, dans un cabinet ou un regroupement professionnel)

L'accompagnement méthodologique par un organisme agréé est recommandé par le Collège de la Médecine Générale.

• **Formation réalisée en pédagogie active, avec pratique réflexive sur situations réelles apportées par les participants**

Il s'agit de formations collectives, intégrant, avant et/ou après le temps d'apports cognitifs, 2 des 3 temps du DPC. Il apparaît tout à fait possible de s'appuyer et de « capitaliser » sur ce modèle commun et plébiscité par les médecins généralistes pour évoluer vers les 3 temps d'un DPC.

• **WEB formation, comprenant une phase partagée en réunion physique**

L'internet, et notamment le Web 2.0 ouvrent de multiples possibilités aux médecins et notamment sur le plan de la formation médicale, sous forme de E-Learning. Que ce soit en WebCast, télé-médecine ou forum en ligne, ces différents outils permettent la conception de programmes de DPC autonomes et validés.

Les trois temps d'un programme peuvent être envisagés :

① Recueil et analyse des pratiques : c'est l'outil de référence pour extraire et analyser les données de son dossier médical, sa mise en ligne est automatisée et standardisée selon les critères définis par le groupe professionnel, Ce recueil peut revêtir l'aspect de grille de recueil, de dossiers patients anonymisés, de Quiz...

Analyse partagée : cet échange peut être réalisé en synchrone ou en asynchrone au sein d'un forum de discussion ou de listes de discussion avec si besoin, un expert du thème intervenant pour résoudre les problématiques identifiés. L'échange, certes virtuel, n'en est pas moins aussi efficace qu'un échange avec présence physique des participants.

② Confrontation aux référentiels : Le concepteur du programme définit une mise en confrontation des pratiques réalisées (selon la grille de recueil) avec des pratiques recommandées (pop up, site interactif, liens directs vers des sites validés...)

③ Suivi : les possibilités sont très ouvertes allant d'un circuit balisé sur un site validé, à des documents interactifs accessibles sur le Web.

Sans prétendre remplacer les méthodes pédagogiques interactives présentiellelles qui demeurent le standard de référence, ces méthodes sont des outils complémentaires tout à fait intéressants pour compléter, initier, voire s'intégrer dans un plan de DPC.

Leur utilisation est réalisée par plus de 28.000 praticiens sur MD Consult, par 30 % des praticiens américains et par de nombreux sites européens (site de la European Society for Regional Anaesthesia & Pain Therapy, la Société Européenne du cancer gynécologique basée à Genève, ...)

Une méta analyse faite en 2008 et 201 publications ont été jugées de qualité à partir des 2 193 études identifiées dans des bases de données, en toutes langues, entre 1990 et janvier 2008 .

Une étude contrôlée a montré que des formations d'e-learning dites interactives étaient plus efficaces pour orienter le médecin vers des décisions fondées sur des preuves .

- Méthode de «simulation en santé» : avec les jeux de rôles, ou patients virtuels, ou patient simulé par un acteur, utilisation de mannequin ...une fiche pratique sur ce sujet est en cours d'élaboration à la HAS.
- Programmes intégrés au sein d'un regroupement mono ou pluri professionnel, structurants pour l'équipe, et l'exercice, par exemple :
 - Revue de morbidité pluri professionnelle en soins primaires
 - Exercice protocolisé en regroupement de médecins mono ou pluridisciplinaires, maison et /ou pôle de santé, réseau
 - Chemin clinique
 - Audit

Un groupe mono ou pluri-professionnel de santé organise un exercice ambulatoire coordonné autour d'un projet de soins commun comprenant la mise en œuvre et le suivi de protocoles (méthode HAS). Il s'agit de méthodes d'amélioration INTEGREE à la pratique, et à la vie du cabinet.

L'équipe regarde et analyse ses modalités de fonctionnement dans le soin et l'organisation.

Elle effectue un travail commun d'analyse et de production entre les membres de l'équipe, elle les confronte aux référentiels pour allier processus d'amélioration et meilleure prise en charge des patients.

- Analyse de parcours et ou de pratique professionnels, en vue de la définition de problématiques et de besoins (pratique individuelle, santé de populations, organisation professionnelle, résolution de problématiques organisationnelles, par exemple : Bilan professionnel, bilan de compétences, analyse de parcours professionnel).
- Mise en place d'un outil personnel renseignant la participation à différents programmes, constituant un « plan de DPC pluriannuel »
 Une des nouveautés du DPC est d'impliquer le médecin en tant qu'acteur, et non plus simple participant dans la mise en œuvre de programmes de DPC, mais aussi à l'identification de ses besoins de DPC et au suivi dans le temps des apports à sa pratique.
 Le Collège de la Médecine Générale recommande l'utilisation d'un support permettant à chaque médecin de consigner pour lui-même, de manière confidentielle, sa démarche personnelle de DPC.
 Ce document peut être rédigé sur support papier ou être informatisé. Il permet à chaque médecin de suivre dans le temps son parcours de DPC.
- Travaux de recherche (recueil, analyse et production de données) à travers les différentes fonctions : conception d'un programme de recherche, mise en œuvre, investigation, rédaction médicale, publications.
 Le médecin qui participe avec une équipe à l'élaboration d'un projet de recherche va devoir passer par plusieurs étapes successives :
 - Identification de la question de recherche à partir de l'observation de la/sa pratique généraliste : c'est donc un temps d'observation de la/sa pratique
 - Recherche de données bibliographiques sur le thème concerné : c'est un temps de formation qui va être partagé avec l'équipe de recherche
 - Définition du type d'étude en fonction de la question posée
 - Choix du critère de jugement et rédaction du protocole
 - Analyse des données et rédaction des conclusions de l'étude : phase qui peut rentrer dans le temps de suivi du DPC
 - Rédaction de publications

¹Cook D.A., Levinson A.J., Garside S., Dupras D.M., Erwin P.J., Montori V.M. Internet-based learning in the health professions. A meta-analysis JAMA 2008 ; 300 : 1181-1196

²Casebeer L., Engler S., Bennett N., Irvine M., Sulkes D., Deslauriers M., et al. A controlled trial of the effectiveness of internet continuing medical education BMC Medicine 2008 ; 6 : 37.

4 ► LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MAÎTRES DE STAGE UNIVERSITAIRES

L'enseignement de maîtrise de stage s'appuie sur la charte des MSU validée par le Collège de la Médecine Générale.

Expérience et activité professionnelle en Médecine Générale :

Le médecin généraliste doit pouvoir justifier :

- d'au moins trois années d'exercice en médecine générale pour la maîtrise de stage au cours du 3^{ème} cycle des études médicales ;
- d'au moins une année d'exercice pour la maîtrise de stage au cours du 2^{ème} cycle des études médicales. Le médecin généraliste devra exercer une activité de soins primaires régulière et principale selon les critères de la WONCA et l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique, pour au moins les 4/5 de cette activité.

Pré requis professionnel :

Le Maître de Stage des Universités est un modèle médical et professionnel. Aussi, et quelle que soit son ancienneté, le MSU doit :

- Être Spécialiste en Médecine Générale ;
- Avoir une activité professionnelle orientée vers le premier recours, et répondant aux dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur ;
- Justifier d'une formation initiale à la pédagogie, suffisante et nécessaire à l'exercice des fonctions de MSU, validée par le collège local des généralistes enseignants et le département facultaire de médecine générale dont il dépend ;
- Participer régulièrement à la formation médicale continue validée par le Collège local des généralistes enseignants et le département facultaire de médecine générale dans le cadre de la FMC et/ou du DPC ;
- Accepter une auto-évaluation et une hétéro évaluation régulières ;

Pré requis organisationnel :

La validation du DPC dans le cadre de la maîtrise de stage s'appuie sur des conditions d'exercice opposables.

- Le cabinet médical doit répondre à des critères offrant un environnement favorable à la formation.
- La patientèle du MSU doit être suffisante pour faire découvrir à l'étudiant les divers champs de la discipline Médecine Générale, avec un minimum recommandé de 2500 actes par an.
- De même, la patientèle ne devra pas être trop importante pour ne pas nuire à la disponibilité du médecin à l'égard de l'étudiant, avec un maximum recommandé de 7000 actes par an. Certains types d'activité peuvent amener à s'écarter de ces normes. Dans ce cas, le médecin généraliste postulant devra pouvoir s'en justifier auprès du DMG lors de sa candidature à une fonction de MSU ou lors de la réalisation d'une évaluation.
- Les conditions d'exercice devront être adaptées à un enseignement conforme à des standards de qualité (équipement, hygiène, tenue du dossier médical, informatisation, accès internet, possibilités de recherches documentaires, etc.). Le DMG devra permettre au MSU d'avoir accès au Service Commun de Documentation en ligne de sa faculté de rattachement, afin de faciliter les recherches documentaires du MSU et de son étudiant.

Formations pédagogiques :

Le MSU doit participer régulièrement aux formations proposées par le Département de Médecine Générale.

Le MSU doit notamment participer à des formations pédagogiques régulières dont le format répond au cahier des charges du CNGE collège académique, sur le plan des contenus, des méthodes pédagogiques et de l'expertise réalisée par un expert de CNGE Formation et/ou du Département Facultaire de Médecine Générale.

Activités pédagogiques :

Le MSU doit observer les modalités pédagogiques propres à chaque faculté. Il doit superviser toutes les activités et actes réalisés par l'interne. Il doit superviser et aider l'étudiant dans la réflexion sur ses activités et la production de traces d'apprentissage. Il contribue à l'évaluation de l'étudiant selon les modalités propres à la faculté. Le MSU accepte l'évaluation réglementaire de son activité pédagogique.

Pour valider le programme de DPC relatif à la maîtrise de stage, outre les pré requis d'expérience, d'activité professionnelle, et de conditions d'organisation de l'exercice, il est nécessaire sur une période de deux ans :

- d'accueillir des étudiants pendant une durée d'au moins une année et
- de participer à l'équivalent de deux journées de formation pédagogique par an validées par le CNGE et
- de remplir l'une des quatre conditions réalisées durant au moins un an :
 - ✓ avoir supervisé la production des traces d'apprentissage requises pour chaque étudiant pendant au moins un an, production et supervision validée par le DMG ou
 - ✓ avoir encadré un groupe d'échange de pratiques d'internes selon les modalités de la faculté pendant au moins un an, encadrement validé par le DMG ou
 - ✓ avoir encadré un cercle de lecture ou de revue bibliographique d'internes selon les modalités de la faculté pendant au moins un an, encadrement validé par le DMG
 - ✓ avoir dirigé une thèse d'exercice soutenue par un interne, direction validée par le DMG.

5 ► QUELQUES EXEMPLES D'ASSOCIATIONS DE MÉTHODES

TEMPS	EXEMPLE 1 : mieux prescrire ou ne pas prescrire les antidiabétiques oraux	EXEMPLE 2 : l'entretien motivationnel	EXEMPLE 3 : Participation à un travail de recherche
RECUEIL DES PRATIQUES	Cas sur dossiers aléatoire Liste des problèmes rencontrés dans sa pratique Audit	Recueil de cas aléatoires dans les dossiers	Recueil d'indicateurs, recueil de données, participation à un travail de recherche
CONFRONTATION À DES RÉFÉRENTIELS	Confrontation des stratégies réelles et de celles issues des recommandations ou des données actuelles de la science Choix d'une «stratégie idéale »	Formation	
SUIVI	Suivi d'indicateurs définis par le groupe	Réunion d'analyse des pratiques à distance	

Parcours professionnel perso

Profil de carrière

FMI RPLT MG FMC Enseign EHPAD SP Syndic Nouveaux métier

Parcours qualité DPC

M
E
T
H
O
D
E
S

Programme 1	Programme 2	Programme 3
Bilans de compétences Bilans professionnels	GEAP	Groupes interpro
Web formation		Maitrise de stage
Formations présencielles interactives	Exercice protocolé RMM Audits	Travaux de recherche

Pratique		Organisation		Regroupement	Encadrement
Indiv	Collec	Indiv	Collec	Soutien aux dynamiques locales	Diagnostics locaux Aide à la structuration FMC/DPC Formation initial
Soins curatifs et préventifs Information Education thérapeutique		Gestion du cabinet Organisation professionnelle Production de données			

Champs du DPC

6 ► UN PROGRAMME DE DPC DE A À Z, À USAGE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Concrètement, comment vais-je réaliser mon DPC ?

Plusieurs méthodes sont utilisées par les organismes de DPC

→ **Le regard et l'analyse de la pratique** : des méthodes permettant cette réflexion :

- Analyse collective de dossiers au sein de groupes d'échanges de pratiques
- Audit
- Analyse du parcours de soins du patient (chemin clinique)
- ...

→ **La confrontation à des référentiels** peut être intégrée au temps précédent, par exemple au cours de groupes d'échanges de pratiques,

- Il peut s'agir d'un temps de formation « classique » au cours duquel l'analyse des pratiques précèdera les apports théoriques
- Il peut s'agir d'un temps individuel, qui sera alors au mieux complété par une analyse en groupe. Des outils comme la lecture de revues indépendantes, de sites de e Learning validés par le Conseil Scientifique du Collège de la Médecine Générale, ou d'autres méthodes validées peuvent être la source de données servant à la confrontation des pratiques et des référentiels.
- Dans tous les cas, le Collège de la Médecine Générale recommande un travail collectif, en groupe, afin de bénéficier d'une réflexion enrichie par la confrontation des pratiques et des analyses.

→ **La construction d'action pour la qualité des pratiques et leur suivi** : 2 étapes dans ce temps :

- La construction d'actions pour la qualité des pratiques: elle est au mieux réalisée en groupes, la réflexion collective apportant une importante plus-value à ce travail.
 - Le suivi repose sur des indicateurs, au mieux élaborés collectivement. Ces indicateurs peuvent reposer sur une analyse des processus (comment ai-je modifié ma « façon de faire ? »), ou de résultats (ai-je prescrit annuellement à mes patients diabétiques un dosage de micro albuminurie, ou encore, quelles sont les valeurs d'hémoglobine glyquée de mes patients ?), ou encore recueillis auprès des patients (qualité de vie, satisfaction, ...)
- Les modalités de mises en œuvre du DPC sont donc une combinaison de plusieurs méthodes, pour réaliser les 3 temps du DPC.

Combien de temps dure un programme de DPC ?

Le DPC est un processus continu. Le questionnement sur sa pratique est permanent, les méthodes pour y répondre sont multiples. Entre l'identification d'un besoin et la vérification de la mise en pratique, un délai est nécessaire, qui ne pourrait être inférieur à 2 ou 3 mois. Par exemple, dans l'appel d'offres OGC DPC elle était de 3 mois minimum. Le plan de DPC, est par définition continu et illimité, tout au long de la vie professionnelle.

Comment identifier mes besoins de DPC ?

Il existe de nombreuses méthodes permettant d'identifier ses besoins de formations :

- Travail à partir de ses dossiers sur une problématique précise, comme la recherche d'une micro albuminurie chez le patient diabétique selon les données actuelles de la science.
- Recueil des questions qui se posent au cours de ses consultations
- Recueil d'incidents à partir des problèmes rencontrés dans son exercice
- Analyse collective de dossiers de patients en groupes d'échange de pratique
- Organisation du parcours de soins de ses patients atteints d'une maladie chronique
- Réunions de concertation pluri professionnelles dans une maison ou un pôle de santé,
- Et, d'une manière générale, tout ce qui permet un regard critique sur sa propre pratique.

L'objectif de cette identification des besoins est de permettre à chaque médecin de construire son plan personnel de DPC.

Qui va m'aider à identifier mes besoins ?

Le regard sur ses pratiques peut se faire, dans une certaine mesure, individuellement. Mais c'est le travail en groupe qui est reconnu comme le plus performant. Dans le cadre des décrets sur le DPC, des organismes enregistrés vont

proposer des actions de DPC, et des outils permettant au médecin d'identifier ses besoins de DPC et de suivre dans le temps son plan de DPC, ainsi que des actions avec ou sans réunions physiques.

Le Collège de la Médecine Générale recommande les actions collectives, qui sont les plus à même de développer une réflexion commune et partagée sur les pratiques professionnelles.

Comment garantir la qualité des actions/programmes de DPC ?

Les programmes sont déployés par des organismes issus de la profession, « agréés » par les instances officielles, selon des procédures explicites, en s'appuyant sur les critères de qualité définis par les Conseils nationaux professionnels des spécialités.

La conjonction de l'analyse réflexive des pratiques et de la démarche continue d'amélioration des pratiques constituent le principal élément de cette qualité. L'acceptabilité et la faisabilité par les professionnels en exercice sont par nature deux éléments de cette qualité.

Pour le Collège de la Médecine Générale, chaque médecin doit élaborer son plan de DPC. Les programmes auxquels il participera sont au mieux réalisés en groupe.



7 ► PROPOSITIONS DE CRITÈRES DE VALIDATION SCIENTIFIQUE ET PÉDAGOGIQUE D'UN PROGRAMME (D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS DU CS FPC ET LE CAHIER DES CHARGES OGC 2012)

Pertinence, justification du programme

- Adéquation du programme avec l'exercice professionnel des spécialités cibles OUI NON
- Argumentation du projet (Pourquoi ? Quelle cible ? Quel prérequis ? S'agit-il d'un cycle de formation ?)

Pédagogie

- Formulation des objectifs (nombre, clarté et pertinence)
- Intégration de la pédagogie active et de la pédagogie réflexive
- 2 des 3 phases du DPC sont présentes dans un programme
- Présence d'une méthode de recueil et d'analyse des pratiques et/ou des données simple d'utilisation
- Faisabilité du programme
- Identification des perspectives d'amélioration des pratiques
- Existence d'un temps partagé, de préférence en présentiel

Contenu scientifique

- Qualité scientifique des messages du programme
- Argumentation scientifique du programme (précision, densité, validité)
- Intégration des recommandations et des référentiels HAS, AFSSAPS ou, en leur absence, de ceux des sociétés savantes
- Prise en compte de l'efficacité des stratégies de prise en charge (aspects médico-économiques)
- Projet intégrant la lecture critique dans le déroulement pédagogique / 30
- Facilitation du parcours de soins : Circulation de l'information et prise en compte de la coopération pluridisciplinaire
- Adéquation de l'expertise / 15

Références bibliographiques

- Pertinence et validité scientifique des références bibliographiques actualisées
- Prise en compte de l'efficacité des stratégies de prise en charge (aspects médico-économiques)

8 ► LES RECOMMANDATIONS DU COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Sur le fond et les contenus

Les généralistes veulent avoir la maîtrise de tout ce qui concerne le DPC des généralistes, tant sur le fond et les contenus, sur les bases de la discipline, de la définition du DPC et des fondements proposés par le Collège que sur les décisions qui les concernent.

Le Collège propose « un langage commun » sur les différents items : pratique réflexive, plan, programme, séquence, méthodes.

Un programme de DPC est un ensemble de séquences, permettant de réaliser les « 3 temps du DPC », sous-jacente aux pratiques réflexives. Le plus souvent, un programme « met en musique » différentes méthodes qu'il structure et organise. On parle de modalités.

Une mise en commun et un temps partagé en réunion sont fortement recommandés par le Collège et son Conseil National Professionnel.

Sur le cadre organisationnel et le financement

Les financements publics doivent répondre d'une part à l'obligation, et d'autre part à une politique d'accompagnement des évolutions du dispositif, basé sur le volontariat des médecins,

- un socle de base : le minimum obligatoire ?
- la possibilité d'une politique d'accompagnement financée basée sur le volontariat répondant aux besoins des médecins, besoins de santé publique, et de structuration sur les territoires.

Il est indispensable de prévoir et d'organiser une montée en charge progressive avec des objectifs réalistes, en s'appuyant sur les organismes expérimentés et les professionnels déjà les plus engagés. Comme il est nécessaire de soutenir par des mesures spécifiques les organismes susceptibles d'accompagner les professionnels dans ces évolutions (méthode, aide à la conception et la mise en œuvre des programmes etc.)

On ne peut détruire l'existant pour une hypothétique réussite.

Un calendrier de montée en charge progressive est indispensable, avec des objectifs réalistes et réalisables.

On pourrait prévoir un niveau minimum dans le cadre de l'obligation, un niveau souhaitable recommandé par le Collège.

Exemple : Obligation: équivalent 4 jours minimum. Recommandation par le collège : une activité significative de DPC de 50H/an.

RÉSUMÉ

Le DPC est une démarche continue qui appartient à chaque médecin, et dont il devra faire la preuve selon des modalités à définir (dossier, portfolio...).

Le médecin doit définir son plan de DPC, avec différents programmes, en fonction de ses besoins. Le DPC fait partie de son temps de travail.

Les séquences et programmes constituent des briques complémentaires qui participent au plan de DPC du médecin.

Les appels d'offres tels qu'ils existent (par définition limités dans le temps et dans un cadre précis) permettent au médecin de mettre en œuvre des programmes de DPC... mais ces actions ne résument pas le DPC du médecin.

Sur les bases du document « le DPC, 19 questions » réalisé en 2011, cette production a été élaborée par un groupe de travail du Pôle DPC du collège, composé de :

A Catu-Pinault (Atelier MG et SM Balint), JL. Gallais (SFMG), F. Lacoïn (IRMG), I. Dupie (SFTG), JC. Soulyary (MG Form), Y. Le Noc et E. Drahi (SFDRMG), F. Abramovici (Unaformec), A. Bottet et PL. Druais (CNGE), P. Dutilleul (FMC Action), P. Charbonnel (Union Généraliste), B. Ortolan (Unof/CSMF), I. Etori Ajasse (ISNAR IMG), J Grichy et P. Bellut (MA Form). MH. Certain (MG France)

D'autres documents concernant le DPC sont disponibles sur le site du Collège de la Médecine Générale à l'adresse <http://www.lecmg.fr>

Date de rédaction définitive : 12 juin 2012.

COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

20 rue de l'hôtel de ville
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. : 01 47 45 13 55
E-mail : contact@lecmg.fr

Collège de la Médecine Générale

Collège MG

*Développement
Professionnel Continu*

*19 réponses courtes à
des questions simples*

Le Développement Professionnel Continu

19 réponses courtes à des questions simples

Le terme de DPC a fait son irruption officielle dans le milieu professionnel et institutionnel depuis 2010. Il résulte de l'évolution des concepts de formation en France et à l'étranger, mais il suscite encore beaucoup d'interrogations quant à ses futures modalités opérationnelles.

Le DPC, basé sur l'analyse réflexive des pratiques, est une synthèse aboutie de ce qui s'est fait jusqu'à présent en matière de formation, d'évaluation des pratiques professionnelles et d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel des médecins. Il doit réellement permettre l'ancrage d'une dynamique de recherche de compétence dans une REALITE PROFESSIONNELLE et un exercice.

Le Collège de la Médecine Générale propose aux organismes de formation, aux professionnels de santé et aux institutions des réponses courtes à quelques questions simples.

1. Qu'est ce que le DPC ? En quoi le DPC est-il autre chose que FMC + EPP ?

Le DPC est une **démarche continue** d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle, Il concerne **tous les champs de la pratique professionnelle** : le soin, l'organisation du cabinet médical, l'éthique, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, l'éthique, etc... Il associe des démarches de **questionnements sur sa pratique réelle** et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de « pratiques réflexives ». Cela repose sur le **développement de l'autonomie du médecin** à construire son plan de DPC, tenant compte des problématiques de santé de la population qu'il soigne, et des principes et fonctions de sa discipline.

2. Que savons-nous des expériences étrangères de DPC ?

Le DPC est un concept existant dans d'autres pays, notamment dans les pays anglo-saxons. Le médecin autogère son DPC **en construisant son plan** de DPC. Il doit en faire la **preuve** auprès des organismes professionnels. Sa participation à la construction d'indicateurs permettant d'authentifier l'amélioration de la pratique est un corollaire.

3. Qui est concerné par le DPC ?

Tous les professionnels de santé, et **tout au long de la vie professionnelle**, sont concernés dès la formation médicale initiale (FMI)

4. Le médecin doit-il être indemnisé pour son DPC ?

Le DPC doit faire partie du **temps de travail**, et le plus possible se dérouler aux heures ouvrables. Une partie du DPC doit donc être indemnisée comme cela était le cas avec la FPC. L'incitation est un bon moyen de faire entrer des médecins libéraux dans le DPC.

5. Qu'est-ce que la pratique réflexive ?

Il s'agit d'une **prise de recul par rapport aux situations et pratiques réelles**.

Elle doit comprendre **3 temps** :

- Le professionnel réfléchit à ce qu'il fait réellement et aux problèmes qu'il rencontre grâce à des outils d'analyse de tous les champs de sa pratique. Les outils sont variés, par exemple : écriture clinique, grille, tableaux de bord, recueil de données, groupes d'échanges de pratiques...).
- Il confronte son questionnement à des sources de référence, seul ou de préférence en groupes dans le but de progresser.
- Il construit des actions pour corriger et/ou améliorer ses comportements et ses pratiques. Dans l'idéal, il suit dans le temps sa pratique pour l'inscrire dans une démarche continue d'amélioration.

6. Qu'est-ce qu'une « action » de DPC ?

Une action de DPC est une des **briques** qui participent à la **démarche globale et continue** de DPC du médecin. Elle peut être de différentes natures, formation, et/ou actions d'évaluation. Plusieurs actions constituent un programme.

7. Pourquoi parle-t-on de « programme » de DPC ?

Un programme de DPC peut comporter plusieurs phases et avoir une certaine durée. La plupart du temps, les programmes intègrent une phase d'observation et une phase partagée, et/ou une phase partagée et/ou de formation et une mesure d'impact, ou les trois. L'intérêt d'un programme de DPC réside dans le fait qu'il est suivi par un grand nombre de professionnels et permet d'en tirer des objectifs collectifs d'amélioration par le suivi d'indicateurs et/ou de recueil et d'analyse de données.

8. Qu'est-ce qu'un « plan » de DPC ?

Un plan de DPC est un **ensemble d'actions et/ou de programmes menées par le professionnel**, en réponse aux besoins qu'il a identifiés, et qui contribue à son DPC.

9. Existe-t-il des méthodes spécifiques au DPC ?

Les méthodes utilisées en formation et/ou en EPP peuvent servir de base à des programmes de DPC. Le DPC comporte une analyse réflexive, et une confrontation avec un tiers ou des pairs. Certaines méthodes permettant cette analyse et/ou cette confrontation ont fait leurs preuves et sont particulièrement appréciées par les généralistes : formations interactives en groupes, groupes d'analyse entre pairs, analyse de problématiques professionnelles, bilans de compétences et bilans professionnels, travaux de recherche, activité de maîtrise de stage dans le cadre de la formation initiale universitaire, ...

10. Quels sont les critères de qualité d'un programme de DPC ?

Ces critères de qualité concernent les contenus et la pédagogie utilisée. La conjonction de l'analyse réflexive des pratiques et de la démarche continue d'amélioration de la qualité constitue le principal élément de cette qualité. **L'acceptabilité et la faisabilité par les professionnels en exercice sont par nature deux éléments de cette qualité.**

11. Quelle doit être la durée d'un plan/action/programme ?

Elle est évidemment variable. Dans tous les cas, elle s'étale dans un temps permettant différentes phases observation/phase partagée. Elle ne doit être ni trop courte, ni trop longue pour rester faisable et cohérente. Par exemple, dans l'appel d'offres OGC DPC elle est de 3 mois minimum. Le plan de DPC, par contre, est par définition continu et illimité, tout au long de la vie professionnelle.

12. Comment garantir la qualité des actions/programmes de DPC ?

Les programmes sont déployés par des organismes issus de la profession, agréés par les instances officielles, selon des procédures explicites.

Les programmes doivent être validés au sein des Collèges disciplinaires par les conseils professionnels du DPC, et/ou la Commission Scientifique Indépendante (CSI).

13. Quelle est la place du médecin dans le DPC ?

Le médecin devra conduire sa démarche de DPC tout au long de sa vie professionnelle. Le DPC doit permettre le maintien de la compétence et l'amélioration des pratiques ; il est aussi un outil de valorisation et d'épanouissement professionnel. Le médecin est au cœur de la démarche, puisque le DPC est centré sur sa pratique réflexive.

Dans l'idéal :

- il identifie ses besoins personnels (besoins concernant la pratique médicale, l'organisation, les besoins propres au médecin,) grâce à différents outils,
- puis il met en place les différentes briques qui vont contribuer à y répondre (action de formation, programme, implication professionnelle etc).

Les organismes mettent à disposition des médecins des programmes et outils qui vont permettre au médecin de construire et mener à bien son plan de DPC.

14. Quelle est la place des organismes dans l'organisation du DPC ?

Les organismes ont une vision collective des besoins, ils possèdent une ingénierie pour proposer des actions des programmes, des accompagnateurs et une organisation opérationnelle du DPC.

Les associations nationales ont l'expérience, l'ingénierie et la surface pour développer des programmes ambitieux pour le plus grand nombre. Elles peuvent avoir des politiques de fédérations d'associations et/ou de groupes, formation de formateurs et accompagnateurs, soutien aux associations locales.

Les associations locales sont au plus proche du terrain, des médecins partout sur le territoire. Elles peuvent proposer des actions plus courtes, mais aussi plus continues et se faire le relais de programmes d'envergure nationale.

15. Quelle est la place de l'organisme dans la construction et dans la mise en œuvre d'une action et d'un programme de DPC ?

L'organisme conçoit le programme, et met à disposition du médecin les outils pour le bon déroulement du programme dans ses différentes phases : outils d'observation, de recueil et d'analyse des données, accompagnateurs, organisation de groupes, référentiels et méthodes, L'organisme a aussi un rôle de conseil méthodologique et d'accompagnement de la démarche DPC, auprès des médecins individuellement, mais aussi des groupes formels ou informels de médecins (groupes d'analyse des pratiques, associations de FMC ou de DPC).

16. Comment permettre aux organismes de construire des programmes de qualité ?

Il est indispensable de garantir des modalités de financement pérennes, sur cahiers des charges négociés et pertinents. Le caractère durable du DPC impose des financements pluriannuels.

17. Pourquoi financer les organismes de DPC ?

Les organismes de DPC d'origine professionnelle constituent le tissu sans lequel aucun DPC indépendant et de qualité n'est possible. **Ce tissu existe notamment grâce à la FPC et doit être préservé quelle que soit l'évolution du dispositif.** Ces organismes sont au plus proche des besoins des médecins et ont montré leurs capacités d'adaptation. Ils sont indispensables pour concevoir les programmes, organiser les groupes de médecins, construire une démarche continue d'amélioration de la qualité des programmes.

La transparence et la diversité des financements, l'existence de financements publics et parapublics avec des cahiers des charges explicites élaborés par la profession permettent de créer une norme exigeante, et un choix éclairé par les médecins des programmes auxquels ils s'inscrivent.

18. Comment financer le DPC ?

Le financement du DPC doit être diversifié. Pour une large part il doit être public, pour protéger le DPC des conflits d'intérêt, mais aussi parce que le DPC doit être un outil national structurant pour la profession et l'organisation du système de santé. **Les médecins ont absolument besoin d'une information et d'une formation indépendante.**

Les organismes ont 2 niveaux de besoins financiers :

- Pour exister, avoir une surface minimale, se structurer avec des moyens logistiques et pédagogiques et financiers (frais structurels)
- Pour réaliser des actions (frais à l'activité)

Les financements publics seront gérés par un organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).

19. Quels peuvent être les thèmes de DPC ?

Tous les champs de la pratique professionnelle sont concernés par le DPC : les pratiques de soins, l'organisation professionnelle, la relation avec ses patients et les autres soignants, l'éthique des pratiques, l'accompagnement du professionnel pour la conception et le suivi de son plan de DPC

Le DPC doit être structurant et constituer un véritable outil d'accompagnement professionnel :

- L'amélioration de la qualité des soins donnés au patient dans ses dimensions individuelle et collective
- Les démarches de prévention, de dépistage et d'éducation collectives et individuelles
- La réponse aux enjeux et évolutions du contexte professionnel, par exemple organisation territoriale, organisation des professionnels, coopérations, qui sont des enjeux d'efficience du système de santé, maîtrise de stage, etc.
- L'accompagnement du professionnel lui-même : satisfaction dans l'exercice, prévention de l'épuisement professionnel, évolutions de carrière ...

Résumé

Le DPC est une démarche continue qui appartient à chaque médecin, et dont il devra faire la preuve selon des modalités à définir (dossier, portfolio...)

Le médecin doit définir son plan de DPC, avec différentes actions et/ou programmes, en fonction de ses besoins. Il fait partie de son temps de travail.

Les actions et programmes constituent des briques complémentaires qui participent au plan de DPC du médecin.

Les appels d'offres tels qu'ils existent (par définition limités dans le temps et dans un cadre précis) permettent au médecin de mettre en œuvre des actions de DPC... mais ces actions ne résument pas le DPC du médecin.

La définition du DPC selon le Collège de la médecine générale a été élaborée par un groupe de travail du Pôle DPC du collège, composé de :

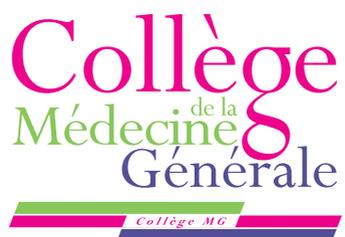
P. Arnould, J.L. Gallais (SFMG)- I. et A. De Becco, I. Dupie (SFTG)- C. Bianchi, N. Raillard (MG Form/Adesa) Y. Le Noc, E. Drahi (SFDRMG)- M. Dore, F. Abramovici (Unaformec)- V. Renard (CNGE)- P. Dutilleul (FMC Action) P. Charbonnel (Union Généraliste – B. Ortolan (Unof/CSMF) L. Morfoisse, J.L. Caron (SML) – MH. Certain (MG France) A. Beaupin (SNCS)

La méthode de travail a utilisé la méthode DELPHI.

D'autres documents concernant le DPC sont disponibles sur le site du Collège de la Médecine Générale à l'adresse www.lecmg.fr

Date de rédaction définitive : 13 mai 2011.

Ce document est labellisé par le bureau du Collège de la Médecine Générale



www.lecmg.fr