



Chefs de clinique des universités : que sont-ils devenus ?

Arrêt sur image au 30 septembre 2013

Senior registrars: what has become of them?

A freeze frame on september 30, 2013

Catherine Laporte¹, David Darmon², Julien Gelly³, Pierre-André Bonnet⁴, Tiphonie Bouchez⁵,
Matthieu Schuers⁶

exercer 2014;116:275-9.

catherine.laporte@udamail.fr

Background. The French general practice academic career path was born in 2004 with the creation of a General Practice Vocational Training Scheme. The first senior registrars (chef de clinique des universités : CCU) were appointed in 2007. This study aimed at describing their status, professional evolution and career prospects.

Method. Longitudinal follow-up of the CCU cohort, completed by a questionnaire sent in November 2013.

Results. Of the 126 CCU MG appointed since 2007, 80 were in place at the time of the study (stagnant figure since 2010). 46 had finished their fellowship: 4 (9%) had been appointed as senior lecturers (maîtres de conférences des universités : MCU), 8 (17%) as associate senior lecturer (maîtres de conférences associés : MCA), 10 (22%) were associate senior registrar (chefs de clinique associés : CCA), 13 (27%) were ambulatory supervisors, and 11 (24%) had left the career path.

109 CCU (87%) answered the questionnaire. Of the 68 responding CCU in place at time of the study, 33 (48%) planned to apply for a MCU appointment, 14 (20%) to become MCA and 18 (26%) to carry on research or teaching. Among 41 former responding CCU, 21 (51%) got a teacher-researcher position like CCA, MCA or MCU. Twenty have not had access to such position. Twelve stated various obstacles: lack of support from their department of General Practice, workload, lack of clarity on their professional evolution, burnout.

Discussion. CCUs in GP represent 5% of all the CCUs, while participating in the educational support of up to 50% of medical students and interns in France. The structuration of the GP academic sector will need a strong political will and sustained dynamics of the Departments of General Practice.

Introduction

Depuis la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG) en 2004¹, le choix de la MG se fait selon le rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN). En 2007, la première promotion de chef de clinique (CC) a été nommée sur un statut d'associé, faute de texte législatif. Le décret définissant le statut est paru en juillet 2008, ce qui a permis la nomination des premiers chefs de clinique des universités (CCU) de MG en novembre 2008. Leur activité est composée d'une part « soins en médecine générale ambulatoire » et d'une part « universitaire »². La part universitaire comprend des activités d'enseignement et de recherche menées au sein d'un départe-

ment universitaire de médecine générale (DUMG). À ce jour, aucun texte n'en décrit précisément le contenu ou les objectifs².

Comme pour les autres spécialités, le clinicat est une étape nécessaire pour les futurs cadres universitaires de la discipline. En 2011, le premier maître de conférences des universités (MCU) de MG a été nommé par la voie du concours.

La septième promotion de chefs de clinique de médecine générale a pris ses fonctions en novembre 2013. À ce jour, aucune publication n'a décrit le parcours et les souhaits professionnels de ces CCU.

Cette étude avait pour objectif de décrire le statut et les premiers éléments du devenir des CCU nommés depuis 2007, ainsi que les souhaits professionnels des CCU en fonction.

1. CCAMG, UFR Clermont-Ferrand.
2. CCAMG, UFR Nice Sophia-Antipolis
3. MCUMG, UFR Paris-Diderot
4. CCAMG, UFR Marseille
5. CCUMG, UFR Nice Sophia-Antipolis
6. CCAMG, UFR Rouen.

Promoteur de l'étude :

Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR).

Liens d'intérêts :

Les auteurs sont tous membres d'une structure régionale de ReAGJIR.

CL est membre du conseil d'administration du CNGE.
MS est membre du conseil scientifique du CNGE.
CL, DD et TB sont membres du conseil d'administration du Collège de la médecine générale.

Mots-clés

Filière universitaire de médecine générale

Clinicat

Key words

General practice academic career path

Senior registrar



Méthode

Un registre de suivi longitudinal des effectifs a été tenu successivement par l'Association nationale des chefs de clinique de médecine générale (ANCCMG) de 2007 à 2011, puis par le Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) depuis 2011.

Ces informations ont été complétées par une enquête transversale menée du 18 au 21 novembre 2013 par voie électronique auprès de tous les CCU nommés depuis 2007.

Les caractéristiques démographiques (âge, genre, faculté de rattachement, date de début de clinicat) et les modalités de leur part soins ont été recueillies. Les CCU en fonction ont été interrogés sur leurs souhaits d'avenir professionnel. Les anciens CCU ont renseigné la date de fin de clinicat et leurs fonctions actuelles (soin, enseignement, recherche).

Résultats

Données issues du registre de suivi longitudinal

Ces données concernaient l'ensemble des CCU de MG nommés depuis 2007, soit 126 CCU ou anciens CCU. La figure 1 rapporte l'évolution des effectifs entre 2007 et 2013. L'âge moyen au début du clinicat était de 29 ans (de 26 à 37 ans). Le *sex-ratio* H/F était de 0,79. Quatre CCU (3 %) ont changé de faculté en cours de clinicat. Deux CCU (2 %) ont eu une part soins dans une région différente de leur faculté de rattachement. Cinq CCU (4 %) n'ont pas validé leur clinicat, en l'interrompant avant la fin de la deuxième année.

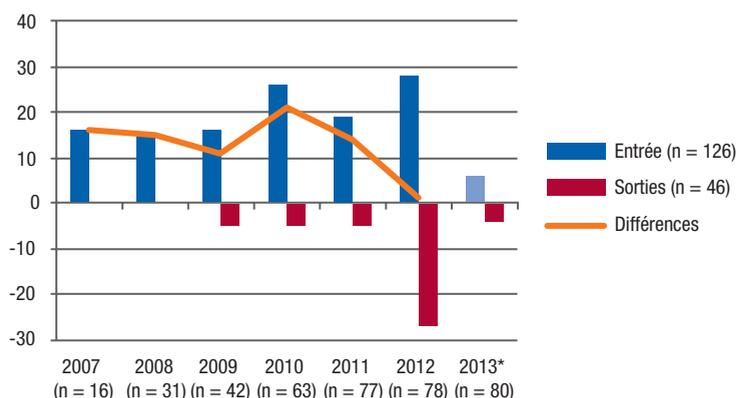


Figure 1. Effectifs des chefs de clinique des universités de médecine générale (CCU) depuis 2007. Différence entre entrées et sorties

* Recueil en mai 2013 au lieu de novembre pour les autres années.

Quatre-vingt CCU étaient en poste au moment de l'étude. Parmi eux, 9 (11 %) étaient en quatrième année de clinicat, 20 (25 %) en troisième année, 20 (25 %) en deuxième année, et 31 (39 %) en première année.

Quarante-six CCU avaient terminé leur clinicat. Parmi ces derniers, 4 (9 %) avaient été nommés MCU, 8 (17 %) maîtres de conférences associés (MCA) et 10 (22 %) chefs de clinique associés (CCA)* ; 13 (27 %) étaient chargés d'enseignement ou maîtres de stage des universités, et 11 (24 %) avaient quitté la filière universitaire de médecine générale (FUMG).

Données issues de l'étude transversale

109 CCU ou anciens CCU ont répondu, soit un taux de réponse de 87 % ; 68 (soit 63 % des répondants) étaient des CCU en fonction. Parmi les 41 anciens CCU, 34 (83 %, soit 31 % des répondants) conservaient une activité universitaire.

Chefs de clinique en fonction

Leur âge moyen au début du clinicat était de 31 ans (de 27 à 38 ans). Le *sex-ratio* H/F était de 0,46. Leurs souhaits universitaires sont présentés dans le tableau 1. Vingt-sept (40 %) envisageaient de passer le concours de MCU, 14 (21 %) de devenir MCA et 15 (22 %) de faire de la recherche ou de l'enseignement.

Anciens CCU ayant conservé un statut universitaire

À l'issue de leur clinicat, 34 CCU avaient conservé un statut universitaire. Parmi eux, 21 anciens CCU (62 %) disposaient d'un statut d'enseignant-chercheur : 7 MCA, 4 MCU, 10 CCA. Leurs souhaits de carrière sont rapportés dans le tableau 2.

Treize (38 %) avaient conservé une activité d'enseignement : 3 étaient chargés d'enseignement (CE), 6 étaient maîtres de stage des universités (MSU), et 4 cumulaient les deux statuts. Cinq d'entre eux envisageaient une candidature à un poste d'universitaire titulaire.

Leurs souhaits de carrière sont rapportés dans le tableau 2.

Anciens CCU sortis de la filière

Ils étaient 7, soit 6 % des répondants. Parmi eux, 3 exerçaient la médecine générale, un était urgentiste et un était médecin-conseil de l'Assurance maladie.

* Le poste de CCA a été créé à la rentrée universitaire 2012-2013. C'est un poste d'attente en vue d'une candidature au poste de MCU. Ces postes sont financés par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. C'est un statut théoriquement éphémère qui pourrait évoluer vers un statut équivalent au statut de praticien hospitalier universitaire pour les MG.



Année	MCU ^a	MCA ^b	Enseignement uniquement	Recherche uniquement	Ni enseignement ni recherche	NSP ^c
4 ^e année (n = 9)	7 (78 %)	1 (11 %)	–	1 (11 %)	–	–
3 ^e année (n = 13)	7 (55 %)	4 (30 %)	2 (15 %)	–	–	–
2 ^e année (n = 17)	7 (41 %)	2 (12 %)	6 (35 %)	–	–	2 (12 %)
1 ^{re} année (n = 29)	10 (34 %)	7 (24 %)	5 (17 %)	1 (3 %)	2 (7 %)	4 (14 %)

Tableau 1. Perspectives d'avenir déclarées par les CCU en fonction.

a : maître de conférences des universités ; b : maître de conférences associé ; c : ne se prononce pas.

Statut	Durée du clinicat - Médiane (minimum-maximum)	Souhaits exprimés		
		MCU ^a ou PU ^b	MCA ^c ou PA ^d	NSP ^e
MCU ^a (n = 4)	5 (4-5)	4	0	0
MCA ^c (n = 7)	4 (2-4)	2	2	3
CCA ^f (n = 10)	4 (4-5)	7	2	1
CE ^g et/ou MSU ^h (n = 13)	2 (2-5)	0	5	0

Tableau 2. Perspectives d'avenir déclarées par les MCU^a, MCA^b, CCA^c, CE^g et MSU^h.

a : maître de conférences des universités ; b : professeur des universités ; c : maître de conférences associé ; d : professeur associé ; e : ne se prononce pas ; f : chef de clinique associé, g : chargé d'enseignement ; h : maître des universités.

Deux n'avaient plus d'activité clinique car ils vivaient à l'étranger, dont un pour un post-doctorat. La durée médiane de leur clinicat avait été de 3 ans (de 2 à 4 ans). Trois d'entre eux conservaient une activité de recherche, en collaboration ou non avec leur DUMG d'origine.

Accès à un poste d'enseignant-chercheur

Au total, 21 anciens CCU sur 41 (51 %) avaient eu accès à un poste d'enseignant-chercheur de type CCA, MCA ou MCU. Parmi les 20 qui n'ont pas accédé à ce type de poste, 5 ont expliqué ce choix par un projet personnel et 3 par un projet professionnel incompatible avec la poursuite d'une activité universitaire. Les 12 autres ont quitté la FUMG en raison de freins divers. Cinq ont cité le manque de soutien de leur DUMG, 4 la charge de travail nécessaire pour accéder à un poste d'enseignant-chercheur, 3 le manque de lisibilité sur l'avenir. Trois d'entre eux estimaient trop rigide la répartition de la charge de travail entre enseignement et recherche. L'un d'entre eux a invoqué un épuisement professionnel.

Discussion

Résultats principaux

Au total, 126 chefs de clinique de médecine générale ont été nommés depuis 2007 ; 89 étaient en poste lors de l'étude, chiffre en stagnation depuis 2010 ; 4 anciens CCU ont été nommés MCU, 8 étaient CCA dans la perspective de passer le concours de MCU. Parmi les 68 CCU répondants en poste lors de l'étude, 33 (48 %) envisageaient de passer le concours de MCU.

Huit MCA ont été nommés et, parmi les 68 CCU en poste répondants, 12 (17 %) envisageaient de le devenir. Les effectifs de CCU ont tendance à stagner et, pour l'instant, seul un petit nombre a accès à un post-clinicat.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude était la première à fournir des données sur le parcours et les perspectives d'avenir des actuels et anciens CCU de médecine générale en France. Ces



données sont nécessaires à la structuration de la discipline. Le taux de réponse de 87 % en un délai très court témoigne de la forte implication des CCU dans la structuration de la FUMG.

La principale limite de cette étude est son caractère déclaratif. Il sera utile de confronter ces données aux choix effectifs de carrière des chefs de clinique de médecine générale.

Dynamique de la FUMG et comparaison aux dispositifs étrangers

Les CCU de MG représentent 5 % des CCU pour l'encadrement de 50 % des internes français (13 800). Le ratio CCU/internes a varié de 1,3 % à 0,84 % de 2010 à 2013 pour la médecine générale. Il était de 88 % (incluant les postes d'assistants hospitalo-universitaires) en 2007 pour l'ensemble des autres spécialités³. Le nombre de chefs de clinique à recruter doit être adapté à la charge d'enseignement qui leur est attribuée, en fonction du nombre total d'internes que les DMG ont à former.

La recherche est le catalyseur du développement de la médecine générale⁴⁻⁷. La France n'a pas échappé à cette règle. Dès le début de la structuration de la recherche, les associations de formation médicale continue de médecine générale ainsi que le Collège national des généralistes enseignants ont milité pour favoriser une culture de la recherche spécifique et indépendante⁸⁻¹¹ (SFMG¹², CNGE¹³, UNAFORMEC¹⁴). Le clinicat de médecine générale a logiquement été considéré comme un des moyens de former des chercheurs performants. Nos résultats montrent que beaucoup de DUMG sont insuffisamment structurés pour permettre à leurs CCU de poursuivre une formation à la recherche de manière satisfaisante. Cette formation requiert un encadrement adéquat, des perspectives de carrière lisibles et un temps non compressible dédié à l'acquisition des compétences de recherche¹⁵⁻²¹. Afin d'augmenter la productivité de la recherche, le clinicat de médecine générale devrait intégrer ces conditions comme les cursus depuis longtemps mis en place dans d'autres pays²². Ces exigences ne peuvent être mises en place que par des structures universitaires matures ayant développé des axes de recherche thématiques forts ou grâce à des partenariats équitables avec des structures de recherche extradisciplinaires²³.

Comme pour les autres disciplines médicales, la triple valence (soins, enseignement, recherche) doit être assumée par les chefs de clinique. Le cursus du chercheur (master, doctorat, habilitation à diriger les recherches) est clairement identifié. Le parcours de l'enseignement l'est moins, bien que la médecine générale soit en pointe dans ce domaine²⁴. La formation pédagogique au cours du clinicat est limitée au DU de pédagogie

médicale recommandé pour présenter le concours de MCU et à la formation médicale continue orientée sur la maîtrise de stage. Enfin, la valence soins n'est pas formalisée, aucune piste de modèle n'ayant été proposée sur la nature des postes cliniques adaptés à la profession de CCU, ni sur leur pérennité. La triple valence imposée aux membres de la filière universitaire montre ainsi dès le clinicat la limite du modèle français, qui indique clairement une préférence pour la valence recherche.

Nos confrères britanniques proposent des « clinicats » thématiques permettant l'acquisition de compétences supplémentaires en soins (dans le cadre par exemple de la médecine rurale, des inégalités sociales de santé) mais aussi en enseignement. La valence recherche est toujours présente, ce modèle privilégiant ainsi une bivalence²⁵. En France, le clinicat en structure hospitalière permet d'acquérir des compétences techniques plus poussées et reconnues, et l'accès au secteur 2. Le clinicat en médecine générale dans sa forme actuelle ne permet pas d'acquérir des compétences de soins supplémentaires par rapport au DES. Il pourrait lui aussi faire l'objet d'une certification supplémentaire dans des domaines spécifiques à la médecine générale.

Le clinicat semblait être un vivier pertinent pour le recrutement des futurs cadres universitaires de la discipline. D'après nos résultats, tous les chefs de clinique de médecine générale ne souhaitaient pas avoir le même profil de carrière. Cette tendance semble s'accroître pour les dernières promotions. Il faudra pour le vérifier attendre de suivre l'évolution des chiffres, pour voir si l'avancée dans le clinicat ne s'accompagne pas tout simplement d'un accroissement du désir de poursuivre une carrière universitaire. Cette diversité des parcours professionnels peut être garante d'une grande richesse et d'une expertise professionnelle pour la MG. La possibilité d'accéder à des carrières extra-universitaires à l'issue du clinicat (agences sanitaires, organisation territoriale des soins de premier recours, etc.) doit en cela être facilitée et rendue plus lisible.

Conclusion

La structuration de la FUMG ne se fera pas sans une volonté politique forte. Les postes de CCU sont renouvelés mais, en l'absence de nouvelle création de postes, les effectifs de CCU stagnent. La dynamique locale doit être soutenue au sein des facultés et des DUMG. En élaborant des parcours académiques lisibles et en assurant un soutien pérenne aux chefs de clinique, les DUMG permettront le renouvellement des cadres universitaires de la discipline, et la certification d'une cohorte de professionnels ayant acquis des compétences supplémentaires par rapport au DES.



Résumé

Contexte. La filière universitaire de médecine générale (FUMG) est née en 2004 avec la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG). Les premiers chefs de clinique des universités (CCU) ont été nommés en 2007. Cette étude a eu pour objectif de décrire leur statut, leur devenir et leurs perspectives de carrière.

Méthode. Suivi longitudinal de la cohorte des CCU, complété par un questionnaire envoyé en novembre 2013.

Résultats. Sur les 126 CCU de MG nommés depuis 2007, 80 étaient en poste lors de l'étude (chiffre en stagnation depuis 2010). Quarante-six avaient fini leur clinicat : 4 (9 %) avaient été nommés maîtres de conférences des universités (MCU), 8 (17 %), maîtres de conférences associés (MCA), 10 (22 %) chefs de clinique associés (CCA), 13 (27 %) étaient chargés d'enseignement (CE) ou maîtres de stage des universités (MSU), et 11 (24 %) avaient quitté la FUMG.

109 CCU (87 %) ont répondu au questionnaire. Parmi les 68 CCU répondants en poste lors de l'étude, 33 (48 %) envisageaient de passer le concours de MCU, 14 (20 %) de devenir MCA et 18 (26 %) de faire de la recherche ou de l'enseignement. Parmi les 41 anciens CCU répondants, 21 (51 %) avaient accès à un poste d'enseignant-chercheur de type CCA, MCA ou MCU. Vingt n'ont pas eu accès à ce type de poste. Parmi eux, 12 ont invoqué des freins divers : manque de soutien de leur département de médecine générale (DMG), charge de travail nécessaire, manque de visibilité sur l'avenir, épuisement professionnel.

Discussion. Les CCU de MG représentent 5 % de l'ensemble des CCU alors qu'ils participent à l'encadrement pédagogique de 50 % des internes de médecine en France. La structuration de la FUMG se fera avec une volonté politique forte et une dynamique soutenue des DMG.

Références

- Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. NOR: MENS0302822D. Paris, 2004.
- Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. NOR: ESRX0814933D. Paris, 2009.
- Inspection générale des affaires sociales. Le post-internat. Constats et propositions. Paris : l'igas, 2010.
- Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004;2 Suppl 1:S3-S32.
- Oeffinger KC, Roaten SP Jr, Ader DN, Buchanan RJ. Support and rewards for scholarly activity in family medicine: a national survey. *Fam Med* 1997;29:508-12.
- Green LA. Putting practice into research: a 20-year perspective. *Fam Med* 2000;32:396-7.
- Palma LF, Woolley FR, Johnson NB. Research skills development in family medicine fellows. *Fam Med* 1985;17:29-30.
- Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next? A cross-generational view. *Fam Med* 2001;33:259-67.
- What does it mean to build research capacity? *Fam Med* 2002;34:678-84.
- Pathman DE, Viera AJ, Newton WP. Research published in 2003 by US family medicine authors. *J Am Board Fam Med* 2008;21:6-16.
- Mainous AG III. The importance of track records in developing family medicine research. *Fam Med* 2003;35:138-40.
- <http://www.larevuepraticien.fr/article-web/la-sfmg-fete-ses-40-ans> [consulté en février 2014].
- http://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/ [consulté en février 2014].
- <http://www.unaformec.org/Le-livre-blanc-de-l-UNAFORMEC.html> [consulté en février 2014].
- Mainous AG III. The importance of track records in developing family medicine research. *Fam Med* 2003;35:138-40.
- Ried K, Farmer EA, Weston KM. Setting directions for capacity building in primary health care: a survey of a research network. *BMC Fam Pract* 2006;7:8.
- Steiner JF, Lanphear BP, Curtis P, Vu KO. Indicators of early research productivity among primary care fellows. *J Gen Intern Med* 2002;17:845-51.
- Steiner JF, Lanphear BP, Curtis P, Vu KO. The training and career paths of fellows in the National Research Service Award (NRSA) Program for Research in Primary Medical Care. *Acad Med* 2002;77:712-8.
- Elward KS, Goldstein AO, Ruffin MT. Fellowship training in family medicine: results of a national survey. *Fam Med* 1994;26:376-81.
- Curtis P, Dickinson P, Steiner J, Lanphear B, Vu K. Building capacity for research in family medicine: is the blueprint faulty? *Fam Med* 2003;35:124-30.
- Jaen CR, Borkan J, Newton W. The next step in building family medicine research capacity: finding the way from fellowship. *Ann Fam Med* 2006;4:373.
- Taylor JS, Friedman RH, Speckman JL, Ash AS, Moskowitz MA, Carr PL. Fellowship training and career outcomes for primary care physician-faculty. *Acad Med* 2001;76:366-72.
- Bolon, SK, Phillips Jr RL. Building the research culture of family medicine with fellowship training. *Family medicine* 2010;42:481.
- Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:171-7.
- <http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/medicine/careers-and-recruitment/scottish-general-practice-training/gp-fellowships.aspx>.