



Activité des chefs de clinique en médecine générale

Étude descriptive à 10 ans de la création du DES de médecine générale

Seniors registrars activity in general practice

Descriptive study 10 years after the creation of the postgraduate degree in general practice

Catherine Laporte¹, Marie Barais², Tiphonie Bouchez³, David Darmon³, Clarisse Dibao-Dina⁴, Paul Frappé⁵, Olivier Saint-Lary⁶, Matthieu Schuers⁷, Julien Gelly⁸

exercer 2015;122:283-94.

catherine.laporte@udamail.fr

Background. Since 2007, 130 senior registrars have been appointed in general practice and 13 of them have become senior lecturers via the national council of universities. The creation of the General Practice Subsection 53-03 in March 2015 was deemed an appropriate point at which to describe the work of senior registrars.

Objective. To describe the healthcare, teaching and research of senior registrars in general practice operating in October 2014.

Method. Descriptive survey by an online self-administered questionnaire. Health care, teaching, and research have been described: organization, content, training, job satisfaction and prospects. **Results.** Of the 95 senior registrars of general practice operating at the date of the study, 75 (79%) responded: average age 32 years; sex ratio F/M 2.4. They spent respectively 5, 2 and 3 half days per week in healthcare, teaching and research. The healthcare activity was predominantly carried out in the community (73%) – 39% worked as part of a multiprofessional team – taking on 50 consultations per week. The number of patients reporting them as their main doctor increased significantly during the fellowship. The educational activity was related to students specializing in general practice (median 86 hours per year). A third of the senior registrars were tutors in their practice. The research activity increased significantly during the fellowship. The majority of senior registrars had training in research and an ongoing project (45% in a registered group). Research topics were varied and relevant to the disciplinary field.

Conclusion. During the fellowship, the balancing, and even the reinforcement, of healthcare and research activities is accompanied by a significant investment in educational provision. This dynamic must continue, in order to increase the modeling role of the teacher-researcher in general practice.

Introduction

La filière universitaire de médecine générale (FUMG) a été créée en 2004, avec le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG)¹. Les étudiants choisissent désormais en fonction de leur rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN), quelle que soit la spécialité souhaitée. En 10 ans, le nombre de postes a doublé, passant de 1 841 à 3 752 postes en 2014, soit plus de 30 000 postes d'internes en médecine générale^{2,3}.

En 2007, la première promotion de chefs de clinique (CC) de médecine générale a été nommée sur un statut d'associé en l'absence de texte législatif. Le décret

définissant le statut a permis la nomination des premiers chefs de clinique des universités (CCU) de MG en novembre 2008⁴. Depuis, 130 CCU ont été nommés. Leur activité est systématiquement composée d'une activité de soins exercée obligatoirement en médecine générale ambulatoire et d'activités universitaires (enseignement et recherche), dont les proportions respectives peuvent varier selon les départements de médecine générale (DMG) et les profils de carrière. Les CC s'intègrent dans tous les DMG de France métropolitaine et d'outre-mer : des équipes d'enseignants-chercheurs composées de 72 professeurs associés et 37 titulaires, de 128 maîtres de conférences associés (MCA) et 13 titulaires (au 1^{er} janvier 2015), de 1 095 chargés

1. Département de médecine générale, UFR Clermont-Ferrand

2. Département de médecine générale, UFR Brest

3. Département de médecine générale, UFR Nice

4. Département de médecine générale, UFR Tours

5. Département de médecine générale, UFR Saint-Etienne

6. Département de médecine générale, UFR Paris-Ouest UVSQ

7. Département de médecine générale, UFR Rouen

8. Département de médecine générale, UFR Paris-7 Diderot

Mots-clés

Chef de clinique

Médecine générale

Enquête descriptive

Key words

Senior registrar

General Practice

Descriptive survey

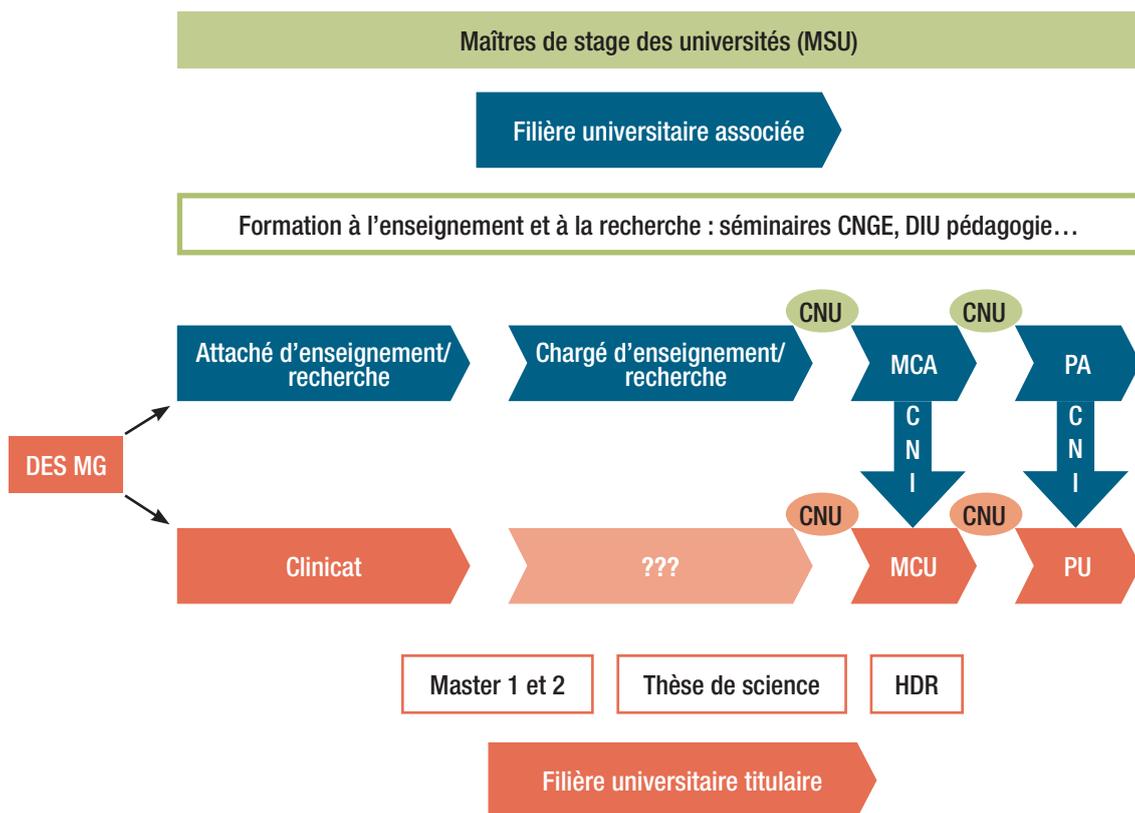


Figure 1. Représentation schématique de la filière universitaire de médecine générale (enseignants associés et titulaires)⁶

CNGE : Collège national des généralistes enseignants ; CNI : Commission nationale d'intégration ; CNU : Conseil national des universités ; DES : diplôme d'études spécialisées ; HDR : habilité à diriger les recherches ; MCA : maître de conférences des universités associées ; MCU : maître de conférences des universités titulaire ; MG : médecine générale ; PA : professeur des universités associé ; PU : professeur des universités titulaire.

et attachés d'enseignement (au 1^{er} janvier 2011)⁵ et de tous les maîtres de stage des universités en activité (MSU) [figure 1].

Pour la première fois, en 2011, un CC de médecine générale a été nommé maître de conférences des universités (MCU) de médecine générale par la voie du concours devant le Conseil national des universités (CNU)⁷. Fin décembre 2014, 13 MCU avaient été nommés par cette voie de concours. Quatre années de clinicat ne suffisent pas toujours, comme dans toutes les spécialités, pour constituer un dossier qui permette de postuler à ce poste. L'une des particularités des postes de CC de médecine générale est que l'activité de soins est exercée en ambulatoire (et majoritairement en libéral). Ceci pourrait limiter la flexibilité nécessaire pour répondre rapidement aux besoins relatifs aux activités d'enseignement et de recherche. La FUMG ne bénéficie pas de statut post-

clinicat de type praticien hospitalo-universitaire (PHU) pour assurer la pérennité d'un statut universitaire permettant de finaliser un dossier de MCU. En 2010, la composante universitaire de la médecine générale (Collège national des généralistes enseignants [CNGE]) et les syndicats intervenant dans le champ universitaire de la discipline (Syndicat national des enseignants de médecine générale [SNEMG], Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants [ReAGJIR], Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale [ISNAR-IMG]) a obtenu du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR) le bénéfice d'un statut de chef de clinique associé (CCA) comme poste intermédiaire. Ces postes de CCA (environ 10 par an en 2013 et 2014) sont destinés aux candidats ayant le projet de continuer leur cursus vers une titularisation, et étaient financés directement par le MESR.



En 2013, la sous-section 53-01 du CNU – qui était à l'époque la sous-section de la médecine générale, mais également de la médecine interne, de la gériatrie et de l'addictologie – a établi les critères d'évaluation des dossiers pour les candidats à un poste de MCU de médecine générale⁸. La sous-section 53-03, propre à la médecine générale, a été créée par l'arrêté du 19 mars 2015 : celle-ci sera désormais constituée exclusivement de professeurs des universités (PU) et MCU de médecine générale⁹. Ce changement pourrait concourir à une évolution des critères utilisés pour évaluer les candidats à un poste de MCU, et à la définition de critères pour les postes de PU de médecine générale. À ce jour, aucun texte ne décrit précisément les fonctions ni les objectifs d'un poste de CC de médecine générale. Une précédente étude menée en 2011 par les auteurs avait décrit l'activité des CCU¹⁰. Ils exerçaient majoritairement en collaboration libérale ; plus de 90 % délivraient des enseignements et 42 % recevaient des stagiaires ; 66 % avaient validé un master 1 et 60 % un master 2 ; 34 % étaient doctorants. Plus de la moitié d'entre eux n'avaient jamais publié d'article scientifique dans une revue à comité de lecture.

Dans ce contexte, il est apparu utile de connaître l'activité actuelle des CC de médecine générale afin de mieux informer les futurs candidats à un poste de CC sur ses activités et missions, d'optimiser l'encadrement des CC de médecine générale en poste et enfin de donner un aperçu du *curriculum vitae* des CC à l'issue de leur clinicat. Cette étude avait donc pour objectif de décrire l'ensemble des CCU et CCA de médecine générale en poste au début de l'année universitaire 2014-2015.

Méthode

Une étude descriptive transversale multicentrique a été réalisée auprès de l'ensemble des CC de médecine générale en poste en France, quelle que soit leur année de clinicat.

Les CC ont été invités à participer à l'étude *via* une liste de diffusion (courriel) préexistante. En effet, 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 ReAGJIR¹¹ depuis 2011. Tous les CCU en poste au moment de l'étude ont été inclus. Les CCA de médecine générale ont été inclus pour obtenir une description de l'activité des CC de médecine générale dans le cadre de la préparation du concours devant le CNU. Une inscription au registre du comité de l'informatique et des libertés (CIL) de l'université d'Auvergne a été effectuée.

Un questionnaire auto-administré a été adressé le 16 septembre 2014 par voie électronique à l'aide de la

version 2.05 du logiciel LimeSurvey[®]. Le questionnaire a été élaboré sur la base de celui de l'étude réalisée en 2011¹⁰ pour faciliter la comparaison des résultats. En plus des variables sociodémographiques, le questionnaire explorait successivement les activités de soins, d'enseignement et de recherche. Pour chaque activité, les données recueillies concernaient : l'organisation du temps de travail, la description du contenu de l'activité, les formations suivies ou en cours, la satisfaction vis-à-vis de l'activité, les souhaits et perspectives. Les items descriptifs quantitatifs ont été conservés identiques à la version de 2011. Les items qualitatifs sur les freins et facilitateurs ont été élaborés à partir d'une étude qualitative réalisée en 2010, qui avait pour objectif d'explorer le ressenti des CC sur le vécu de leur clinicat¹². Le temps de remplissage était estimé à 45 minutes.

Les variables numériques ont été décrites avec médiane (minimum-maximum) et les variables catégorielles avec effectif (proportion). Les freins déclarés ont été analysés en regroupant les 5 modalités de réponses proposées : manque d'encadrement au sein du DMG, manque de formations adaptées à l'activité, manque de temps consacré à l'activité, manque de moyens financiers, manque d'appétence pour l'activité. Les CC de médecine générale ont été différenciés selon leur ancienneté dans le clinicat à la date du 1^{er} octobre 2014 : 1^{re} année, 2^e année, 3^e ou 4^e année, 5^e année et plus. Tous les CC de médecine générale en 5^e année et plus étaient CCA. Étant donné les effectifs réduits dans chaque groupe, des tests non paramétriques ont été utilisés pour comparer les résultats selon l'ancienneté dans le clinicat : test de Kruskal-Wallis pour les variables numériques et test exact de Fisher pour les variables catégorielles. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 3.0.2 du logiciel R. Les réponses libres ont été analysées par une méthode inductive, puis thématique.

Résultats

Le recueil des données a été arrêté le 5 octobre 2014, après 7 relances (courriels) ciblées sur les non-répondants. Parmi les 95 CC de médecine générale en exercice à la date de l'étude, 75 (79 %) ont répondu au questionnaire, dont 61 dans son intégralité. Leur âge variait de 25 à 40 ans (médiane : 32 ans). Le sex-ratio F/H était de 2,4. Quarante-cinq (60 %) étaient parents, le nombre médian d'enfants à charge étant 2 (étendue : 1-3).

Description générale de l'activité

Leur clinicat avait majoritairement débuté dans l'année qui avait suivi la soutenance du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale et la thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine (maximum : 4 ans après).



	1 ^{re} année (n = 19)	2 ^e année (n = 26)	3 ^e ou 4 ^e année (n = 18)	5 ^e année et plus (n = 12)	p
Soins					
Nombre de demi-journées par semaine	5 (4-8)	6 (0-8)	5 (4-9)	5 (1-7)	0,47
File active « médecin traitant »	35 (0-700)	200 (0-550)	230 (0-740)	225 (30-600)	0,02
Nombre de consultations par semaine	50 (0-85)	55 (30-90)	50 (25-90)	58 (40-75)	0,45
Participation à la permanence des soins	12 (63 %)	11 (42 %)	10 (56 %)	4 (33 %)	0,61
Enseignement					
Nombre de demi-journées par semaine	2 (1-6)	2 (1-6)	2 (1-5)	1 (0-3)	0,12
Formation agréée en pédagogie médicale	12 (63 %)	25 (96 %)	14 (78 %)	12 (100 %)	0,007
– DU ou DIU de pédagogie médicale	7 (37 %)	8 (31 %)	10 (56 %)	10 (83 %)	0,01
Formation SIDES	7 (37 %)	9 (35 %)	6 (33 %)	3 (25 %)	0,95
Nombre d'heures d'enseignement par an	85 (72-88)	86 (63-150)	100 (74-120)	75 (75-75)	0,84
– en grands groupes	44 (15-72)	49 (6-100)	20 (4-83)	4 (4-4)	0,16
– en petits groupes	30 (0-70)	57 (15-106)	90 (14-116)	71 (71-71)	0,33
Nombre d'heures d'enseignement par an (par cycle)					
– dans le cadre du DFGSM	0 (0-2)	2 (0-27)	0 (0-11)	24 (24-24)	0,31
– dans le cadre du DFASM	10 (0-34)	14 (0-100)	16 (4-30)	8 (6-14)	0,88
– dans le cadre du DES de médecine générale	52 (14-106)	55 (25-106)	68 (17-106)	45 (30-90)	0,50
Maître de stage des universités	7 (37 %)	10 (38 %)	6 (33 %)	4 (67 %)	0,30
– externe	5 (26 %)	10 (38 %)	3 (17 %)	7 (58 %)	0,10
– interne en stage ambulatoire de niveau 1	2 (11 %)	1 (4 %)	3 (17 %)	3 (25 %)	0,22
– interne en stage ambulatoire de niveau 2	1 (5 %)	1 (4 %)	1 (6 %)	4 (33 %)	0,04
Nombre de demi-journées d'accueil par semaine	2 (1-9)	3 (1-9)	4 (2-7)	4 (2-8)	0,17
– externe	2 (1-6)	3 (1-5)	5 (3-6)	2 (2-6)	0,19
– interne en stage ambulatoire de niveau 1	3 (2-4)	4 (4-4)	2 (2-6)	3 (1-3)	0,73
– interne en stage ambulatoire de niveau 2	3 (3-3)	2 (2-2)	1 (1-1)	3 (2-4)	0,38
Tutorat	8 (42 %)	16 (62 %)	10 (56 %)	6 (50 %)	0,62
– nombre d'internes tutorés	3 (1-8)	6 (1-16)	7 (5-11)	6 (3-12)	0,18
Participation à un jury	11 (58 %)	21 (81 %)	11 (61 %)	10 (83 %)	0,23
– soutenance de DES de médecine générale	1 (0-4)	4 (1-12)	4 (0-11)	10 (0-80)	0,002
– diplôme d'État de docteur en médecine	1 (0-3)	2 (0-12)	4 (2-11)	8 (4-20)	< 0,001
Participation à un séminaire DPC	8 (42 %)	9 (35 %)	7 (39 %)	11 (92 %)	0,006
– en tant qu'animateur	6 (32 %)	7 (27 %)	7 (39 %)	9 (75 %)	0,04
– en tant qu'expert	2 (11 %)	3 (12 %)	-	7 (58 %)	< 0,001
– en tant qu'organisateur	4 (21 %)	1 (4 %)	2 (11 %)	4 (33 %)	0,07
Nombre de participations à un séminaire DPC	2 (1-4)	2 (1-3)	3 (2-9)	4 (1-10)	0,04
– en tant qu'animateur	1 (1-3)	1 (1-3)	3 (2-9)	2 (1-4)	0,09
– en tant qu'expert	1 (1-1)	1 (1-2)	-	3 (2-8)	0,06
– en tant qu'organisateur	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-2)	0,57



	1 ^{re} année (n = 19)	2 ^e année (n = 26)	3 ^e ou 4 ^e année (n = 18)	5 ^e année et plus (n = 12)	p
Recherche					
Nombre de demi-journées par semaine	3 (1-6)	2 (1-5)	2 (1-6)	4 (2-6)	0,04
Formation à la recherche (validée)	15 (79 %)	17 (65 %)	14 (78 %)	12 (100 %)	0,12
– doctorat	-	-	2 (11 %)	2 (17 %)	0,03
• (en cours)*	3 (16 %)	3 (12 %)	-	6 (60 %)	0,001
– master 2	9 (47 %)	10 (38 %)	11 (61 %)	10 (83 %)	0,06
• (en cours)*	1 (10 %)	4 (25 %)	-	-	0,61
– master 1	7 (37 %)	10 (38 %)	6 (33 %)	8 (67 %)	0,30
• (en cours)*	-	-	-	-	-
– DU ou DIU	-	2 (8 %)	1 (6 %)	1 (8 %)	0,84
– société savante (CNGE, SFMG, SFTG, etc.)	2 (5 %)	2 (8 %)	3 (17 %)	3 (25 %)	0,34
– école d'été ou d'automne	6 (32 %)	9 (35 %)	6 (33 %)	3 (25 %)	0,97
– Research course	-	2 (8 %)	1 (6 %)	2 (17 %)	0,31
– autre type de formation	2 (11 %)	2 (8 %)	3 (17 %)	3 (25 %)	0,47
Formation à l'utilisation de logiciels	16 (80 %)	15 (52 %)	6 (30 %)	10 (50 %)	0,13
– logiciel de bibliographie	11 (58 %)	14 (54 %)	8 (44 %)	8 (67 %)	0,69
– logiciel de recherche quantitative	9 (47 %)	11 (42 %)	12 (67 %)	7 (58 %)	0,42
– logiciel de recherche qualitative	6 (32 %)	8 (31 %)	9 (50 %)	6 (50 %)	0,44
– logiciel de questionnaires	2 (11 %)	7 (27 %)	2 (11 %)	2 (17 %)	0,51
Unité de recherche labellisée	10 (53 %)	7 (27 %)	10 (39 %)	10 (83 %)	0,01
Publication non indexée dans PubMed	5 (26 %)	8 (31 %)	7 (39 %)	10 (83 %)	0,009
– nombre de publications, premier auteur	0 (0-4)	0 (0-11)	0 (0-3)	1 (0-3)	0,006
– nombre de publications, autres rangs	0 (0-2)	0 (0-5)	0 (0-3)	2 (0-5)	< 0,001
Publication indexée dans PubMed	5 (26 %)	7 (27 %)	7 (39 %)	11 (92 %)	< 0,001
– nombre de publications, premier auteur	0 (0-8)	0 (0-2)	0 (0-7)	1 (0-5)	0,004
– nombre de publications, autres rangs	0 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-3)	2 (0-3)	< 0,001
Nombre de communications orales	10 (53 %)	19 (73 %)	9 (50 %)	11 (92 %)	0,05
– congrès nationaux	0 (0-10)	1 (0-4)	0 (0-11)	8 (0-34)	< 0,001
– congrès internationaux	0 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-6)	1 (0-6)	0,001
Nombre de communications affichées	7 (37 %)	15 (58 %)	6 (33 %)	10 (83 %)	0,03
– congrès nationaux	0 (0-6)	1 (0-4)	0 (0-4)	1 (0-11)	0,12
– congrès internationaux	0 (0-3)	0 (0-2)	0 (0-12)	1 (0-6)	< 0,001
Nombre de directions de thèses	0 (0-2)	1 (0-7)	2 (0-8)	5 (2-21)	0,001
– (en cours)	3 (1-10)	3 (1-10)	3 (2-8)	4 (1-8)	0,89
Nombre de codirections de thèses	1 (0-1)	2 (0-2)	1 (1-3)	1 (1-3)	0,15
– (en cours)	1 (0-2)	2 (0-3)	1 (0-2)	3 (1-4)	0,11
Nombre de soutiens méthodologiques ou rédactionnels	2 (0-15)	2 (0-15)	4 (2-10)	5 (2-20)	0,08
– (en cours)	5 (1-15)	2 (0-15)	3 (0-10)	5 (4-15)	0,37

Tableau 1. Description des activités de soins, d'enseignement et de recherche selon l'ancienneté des chefs de clinique en poste au 1^{er} octobre 2014

Les valeurs sont : médiane (minimum-maximum) ; effectif (proportion).

* Uniquement parmi les chefs de clinique n'ayant pas validé cette formation.

CNGE : Collège national des généralistes enseignants ;
DU ou DIU de pédagogie médicale, ou séminaire pédagogique dans le cadre du DPC ;
DES : diplôme d'études spécialisées ;
DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales ;
DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales ;
DPC : développement professionnel continu ;
DU : diplôme universitaire ;
DIU : diplôme interuniversitaire ;
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale ;

p : test de Kruskal-Wallis pour les variables numériques et test exact de Fisher pour les variables catégorielles ;
SFMG : Société française de médecine générale ;
SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste ;
SIDES : système informatique distribué d'évaluation en santé.



Le tableau 1 présente les principaux résultats descriptifs des activités de soins, d'enseignement et de recherche, selon l'ancienneté dans le clinicat. Le nombre médian de demi-journées consacrées chaque semaine était : 5 pour les soins (maximum : 9) ; 2 pour l'enseignement (maximum : 6) ; 3 pour la recherche (maximum : 6). Le nombre de demi-journées consacrées à la recherche était significativement plus important pour les CC en 5^e année ou plus ($p = 0,04$).

Description de l'activité de soins

La majorité des répondants exerçaient dans un lieu de consultation unique (maximum : 4), en zone rurale dans 12 cas (16 %), semi-rurale dans 17 cas (23 %) et urbaine dans 43 cas (57 %). Il avait été déterminé par le DMG ou une collectivité locale dans 6 cas (8 %). Leur statut était libéral dans 55 cas (73 %) : 36 collaborateurs, 16 installés et 3 remplaçants. Cinq CC (7 %) déclaraient une activité de soins exclusivement salariée. Ils exerçaient dans un cabinet de groupe mono-professionnel dans 27 cas (36 %) et dans une structure pluriprofessionnelle dans 29 cas (39 %) qui sont décrits dans le tableau 2. Trois d'entre eux avaient un exercice solitaire (4 %).

Dans la plupart des lieux de soins, il n'y avait aucun autre enseignant de médecine générale (maximum : 1 PU ; 1 MCU ; 2 professeurs associés ; 3 MCA ; 3 attachés ou chargés d'enseignement). En revanche, au moins la moitié des CC exerçaient avec au moins un MSU (maximum : 11). Le nombre médian de patients dont les CC déclaraient être le médecin traitant était 135 (maximum : 740).

n = 29	
Nature de la structure pluriprofessionnelle	
Centre de santé	3 (10 %)
Maison de santé	13 (45 %)
Pôle de santé	7 (24 %)
Autre structure pluriprofessionnelle	6 (21 %)
Personnes exerçant dans la structure pluriprofessionnelle	
Médecins généralistes (ETP)	5 (2 – 12)
Autres médecins spécialistes (ETP)	0 (0 – 20)
Paramédicaux (ETP)	0 (5 – 20)
Autres professionnels de santé (ETP)	0 (2 – 20)
Autres professionnels (ETP)	0 (0 – 20)

Tableau 2. Description des 29 structures pluriprofessionnelles dans lesquelles exerçait un chef de clinique de médecine générale au 1^{er} octobre 2014

Les valeurs sont : médiane (minimum – maximum) ; effectif (proportion). ETP : équivalent temps plein.

Celui-ci était significativement plus élevé pour les CC dont l'ancienneté était la plus grande ($p = 0,02$) (tableau 1). Le nombre médian d'actes par semaine était de 3 visites (maximum : 12) et de 50 consultations (maximum : 90), pour une durée médiane de 20 minutes par consultation (étendue : 15-30). Quarante-trois (57 %) CC participaient à la permanence des soins.

Vingt et un (28 %) utilisaient au moins une classification pour coder les motifs et/ou les résultats de consultation : classification internationale des soins primaires (16 cas), classification internationale des maladies (6 cas) et/ou dictionnaire des résultats de consultation (4 cas).

Concernant les actes techniques pratiqués, ils réalisaient des électrocardiogrammes (51 %), des frottis cervico-utérins (57 %) ou des petites sutures (49 %). Ils déclaraient poser et retirer les implants contraceptifs pour respectivement 39 et 35 % d'entre eux, et poser et retirer les dispositifs intra-utérins pour 19 et 25 % d'entre eux. Treize pour cent réalisaient des spirométries. Enfin, 5 % utilisaient un dispositif de télémédecine (télédermatologie et/ou téléradiologie).

Plusieurs CC avaient validé des diplômes supplémentaires en rapport avec leur activité clinique : 1 DES complémentaire (allergologie) ; 13 diplômes universitaires (DU) et 16 diplômes interuniversitaires (DIU), tels que de gynécologie-obstétrique, santé de l'enfant, tabacologie et aide au sevrage tabagique.

Ils étaient 10 (13 %) à déclarer recevoir des visiteurs médicaux (maximum : 3 fois par semaine), et 54 (72 %) les délégués de l'Assurance maladie (maximum : 3 fois par an).

Description de l'activité d'enseignement

Concernant le niveau de formation pédagogique, 35 CC (47 %) avaient validé un DU ou un DIU de pédagogie médicale. Cinquante-cinq d'entre eux (73 %) avaient assisté à un séminaire pédagogique dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Vingt-cinq (33 %) avaient également suivi une formation à l'utilisation de la plateforme du système informatique distribué d'évaluation en santé (SIDES).

Le type d'enseignement assuré par les CC en poste est décrit dans le tableau 3. Les CC assuraient des enseignements en grands groupes (au moins 30 étudiants) dans 51 cas (68 %), et en petits groupes dans 69 cas (92 %). Ces enseignements avaient essentiellement lieu dans le cadre du DES de médecine générale et du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM). Ils représentaient entre 63 et 150 heures d'enseignement par an (médiane : 86), sans différence significative selon l'ancienneté dans le clinicat. Les thématiques étaient principalement en rapport avec la médecine générale et la recherche.



des CC de médecine générale. Ces derniers étaient rattachés à une unité de recherche labellisée pour 34 (45 %) d'entre eux.

Des ressources humaines pour la recherche ont été mises à disposition des chefs dans 93 % des cas quand ils appartenaient à une unité de recherche, dans 35 % des cas par les DMG. Ces ressources humaines étaient principalement des statisticiens, attachés de recherche clinique (ARC), techniciens d'étude clinique (TEC), infirmières de recherche clinique (IRC).

Trente CC (40 %) avaient publié au moins un article dans une revue indexée dans *PubMed* (médiane : 0 ; maximum : 10), tous rangs d'auteur confondus. Les CC en 5^e année et plus avaient davantage publié dans une revue indexée ($p < 0,001$), quel que soit le rang. Trente CC également avaient publié au moins un article dans une revue non indexée dans *PubMed* (médiane : 0 ; maximum : 14), tous rangs confondus. Les CC en 5^e année et plus avaient davantage publié dans une revue non indexée ($p = 0,009$), quel que soit le rang. Quarante-neuf CC (65 %) avaient fait au moins une communication orale dans un congrès (médiane : 1 ; maximum : 40), national ou international. Ils étaient 38 (51 %) en ce qui concernait les communications affichées (médiane : 1 ; maximum : 15). Le nombre de communications en congrès international augmentaient significativement avec l'ancienneté dans le clinicat, que ce soit pour les communications orales ou affichées ($p = 0,001$ et $p < 0,001$ respectivement) (tableau 2). Ceci était également observé pour les communications orales en congrès nationaux ($p < 0,001$).

Trente-deux CC (43 %) avaient dirigé ou codirigé une thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, au maximum respectivement 21 (médiane : 2) et 3 thèses (médiane : 1). Douze d'entre eux (16 %) avaient également participé à l'encadrement d'autres travaux de recherche, tels que des mémoires de master 2.

Ressenti sur les différentes activités

Soixante-quatre (85 %) CC déclaraient retirer une satisfaction « très forte » ou « plutôt forte » de leur activité d'enseignement et 14 (20 %) déclaraient vouloir diminuer ces activités d'enseignement dans les prochaines années.

Vingt-huit (46 %) déclaraient qu'il existait des freins concernant leur activité de soins, contre 46 (65 %) et 49 (79 %) d'entre eux respectivement pour les activités d'enseignement et de recherche. Ces freins sont détaillés dans le tableau 4. Ils déclaraient au moins un facteur facilitant dans 25 cas (41 %) pour les activités de soins, 36 cas (51 %) pour les activités d'enseignement et 30 cas (48 %) pour les activités de recherche. Le choix des activités de soins tenait compte des spécificités de la médecine générale et de la nécessité de pouvoir l'articuler avec leurs activités d'enseignement

et de recherche. Les freins identifiés étaient alors en rapport avec le lieu d'exercice (éloigné), le mode d'exercice (libéral), la surcharge administrative, la pression démographique (activité trop intense ou trop faible), les relations avec les confrères (hostiles ou « vieille école »), un cabinet (vétuste, mal organisé). Les facteurs facilitant l'activité de soins étaient, en miroir : une liberté d'installation et une autonomie, un statut de collaborateur, un contexte favorable (collègues compréhensifs ou soutenant vis-à-vis de l'activité universitaire, voire collègues du DMG), un cabinet agréable et organisé (idéalement avec un secrétariat), un exercice regroupé et surtout en pôle ou maison de santé (facilité de continuité des soins pendant les jours universitaires, bonne ambiance). Les activités de recherche et d'enseignement n'étaient décrites que comme freins aux soins, avec des difficultés à concilier les trois valences.

Les déterminants pour l'activité d'enseignement étaient principalement liés au DMG. Les freins fréquemment rapportés étaient une carence d'encadrement, de formation, de cohérence des méthodes pédagogiques et d'harmonisation entre enseignants, un manque de place laissé au CC, et enfin l'inertie du DMG. Les facteurs facilitant l'activité d'enseignement étaient tout aussi nombreux : soutien, encadrement, liberté, « carte blanche », possibilité de choix des enseignements dispensés, responsabilisation, mutualisation, personnes ressources au sein du DMG, personne ou commission dédiée à la pédagogie. Un des freins principaux était le manque de temps dû aux activités de soins et de recherche. D'autres déterminants extérieurs étaient rapportés, bien que moins marqués : manque de moyens et d'enseignants, manque de valorisation de l'enseignement par rapport à la recherche, freins institutionnels facultaires ou, au contraire, relations fructueuses avec les autres spécialités. Alors que l'enseignement est peu valorisé pour la carrière, il apportait à certains un sentiment de valorisation plus palpable et rapide que les autres valences, au contact des étudiants. L'enseignement par la maîtrise de stage a été peu mentionné.

Le manque de ressources était la caractéristique majeure de l'activité de recherche : ressources financières (pour des études ou pour des postes d'enseignants-chercheurs), ressources humaines (autres enseignants-chercheurs dans les DMG, méthodologistes, statisticiens, traducteurs, directeurs de thèse de doctorat), ressources structurelles (unités d'accueil, partenaires institutionnels, locaux, contacts avec les autres spécialités), ressources individuelles (compétences, formation). Était ensuite fréquemment cité le manque de temps, notamment pour finaliser et publier. Le temps dédié aux parts soins et enseignement était incompressible, contrairement à l'activité de recherche. Le master 2 représentait une charge importante. La recherche était en revanche faci-



	Soins	Enseignement	Recherche
Manque d'encadrement au sein du DMG	37 %	32 %	35 %
Manque de formations adaptées à l'activité	21 %	29 %	26 %
Manque de temps consacré à l'activité	19 %	17 %	21 %
Manque de moyens financiers	18 %	13 %	12 %
Manque d'appétence pour l'activité	6 %	10 %	5 %

Tableau 4. Description des freins et obstacles déclarés concernant les activités de soins, d'enseignement et de recherche des chefs de clinique de médecine générale en poste au 1^{er} octobre 2014
 Les valeurs sont des proportions après application d'une pondération inverse à l'ordre indiqué pour les 5 modalités de réponses proposées. DMG : Département de médecine générale.

litée par un DMG qui laisse du temps dédié et soutient le projet, l'accueil dans une unité *a fortiori* dynamique et cordiale et avec un directeur de thèse de doctorat disponible. Choisir son thème de recherche est apparu comme important. Les ressources externes citées étaient les personnes-ressources du DMG, les réseaux investigateurs, le réseau des CC, le milieu syndical ou associatif (par exemple FAYR-GP) et les subventions. L'exigence de publication et la perspective d'un poste de titulaire stimulaient cette activité de recherche.

Discussion

Principaux résultats

L'expérience au sein du clinicat de médecine générale était corrélée à une valorisation du *curriculum* dans l'activité de soins, d'enseignement et de recherche. Les CC en poste depuis 4 ans et plus étaient plus impliqués dans leur territoire de santé avec un nombre croissant de patients en tant que médecin traitant. Tous possédaient une formation agréée en pédagogie médicale en 5^e année (et un DU de pédagogie pour 83 % d'entre eux). Leur responsabilité pédagogique au sein des départements était majorée, avec davantage de participation aux enseignements universitaires au fil des années. Un tiers des CC étaient maîtres de stage des universités. Les CC les plus anciens consacraient significativement plus de temps à la recherche. Près de la moitié des chefs avaient publié un article dans une revue indexée dans *PubMed*.

Forces et limites

Cette étude donne pour la première fois une description détaillée de l'activité des CC universitaires dans les trois valences d'enseignement, de soins et de recherche. Le taux de réponse de 79 % démontre un haut niveau d'implication des CC dans la volonté de transmettre des informations relatives à leur mission. Un taux de réponses élevé (94 %) avait également été

rapporté dans une précédente étude portant sur le suivi longitudinal de la population des CCU¹³. Un réseau de CC à la fois chercheurs et objets de recherche s'est donc constitué et pérennisé depuis 2007.

Le caractère déclaratif de l'étude était une de ses principales limites. Les données relatives aux publications n'ont pas été confrontées aux bases de données bibliographiques. Les données relatives à l'activité de soins n'ont pas été rapprochées de celles des relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP) de l'Assurance maladie. Les CC n'ont pas été interrogés sur leur participation aux instances facultaires, institutionnelles comme la Haute autorité de santé (HAS) et sur l'expérience en tant que relecteur. Des modifications portant sur ces points sont envisagées pour le suivi de la cohorte des CC.

Implications pour les chefs de clinique de médecine générale et leur DMG

Cet état des lieux a permis d'identifier certaines faiblesses et forces du clinicat qui évoluent avec l'ancienneté. Il propose également certaines pistes de réflexion concernant le profil des candidats CC et l'encadrement des DMG qui correspond.

Pour les plus jeunes et selon les contextes, l'activité de recherche était plus lente à s'installer : 16 % n'avaient pas de thématique de recherche identifiée et 33 % aucun projet de recherche en cours. Le nombre de demi-journées consacrées à la recherche était significativement plus élevé pour les CC en 5^e année ou plus ($p = 0,04$), sans infléchissement significatif des activités de soins et d'enseignement. Une hypothèse serait que les activités de recherche se développent plus progressivement que le soin ou l'enseignement : elles sont moins « familières », nécessitent un apprentissage supplémentaire et le tissage de partenariats pérennes. La conséquence pour les CC en poste est l'importance de se créer rapidement un environnement propice à la production de recherche, en intégrant une équipe labellisée



si une carrière universitaire est envisagée. Seuls 45 % des CC étaient rattachés à une unité de recherche labellisée, alors que celles-ci pourraient pallier le manque de ressources financières, humaines, structurelles et logistiques. Les candidats et les CCU de 1^{re} année peuvent être aidés dans l'élaboration de leur projet par les plus anciens de leur DMG, mais aussi d'autres régions, à l'occasion notamment du séminaire des CC organisé chaque année par ReAGJIR dans les jours qui précèdent le congrès du CNGE. Les internes doivent être sensibilisés tôt à la possibilité de faire un clinicat, pour pouvoir passer leur master 2 pendant leur internat, en postulant si possible à une année de recherche. Les DMG pourraient faciliter cette activité de recherche en proposant un encadrement adéquat, un plan de carrière lisible et un temps non compressible dédié à la recherche d'une part¹⁴, et en développant les partenariats nécessaires à la réalisation de la recherche avec le centre hospitalier universitaire (CHU), la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), les centres d'investigation clinique (CIC), et les équipes d'accueil d'autre part¹⁵.

Cette activité de recherche des CC donne ici l'image d'une FUMG jeune mais en pleine construction. Le tableau 2 apporte ainsi un éclairage inédit, particulièrement pertinent dans le cadre de la nouvelle sous-section 53-03 du CNU. Mais l'élaboration des critères de nomination à un poste de MCU devrait respecter l'équité entre candidats, en tenant compte des particularités locales qui peuvent – ou non – assurer le soutien nécessaire au développement rapide d'une activité de recherche conséquente.

L'activité de soins, source principale de revenu des CC, était satisfaisante lorsqu'elle relevait du libre choix du candidat, que ce soit dans son mode de rémunération (salarié ou libéral), son lieu (rural ou urbain) ou son mode d'exercice (exercice isolé, en groupe de médecins ou en exercice pluriprofessionnel). Certaines caractéristiques de l'activité de soins apparaissaient facilitantes pour exercer les missions d'enseignement et de recherche, comme l'exercice en collaboration ou dans une maison pluriprofessionnelle. Un lieu de soins imposé ayant des contraintes aberrantes en termes de distance entre le cabinet, la faculté et le domicile pourrait mettre en péril la poursuite du clinicat d'une part, et freiner le développement d'une activité de soins pérenne avec constitution d'une patientèle suivie au long cours d'autre part. La réglementation en vigueur ne définit pas précisément la part soins des enseignants de médecine générale. Il apparaît cependant que le statut de remplaçant n'est pas souhaitable en cas de poursuite d'une carrière universitaire. Les enseignants titulaires de la discipline doivent avoir une activité de soins modélisante et en rapport avec les concepts de la

discipline, peu compatible avec le statut de remplaçant qui, bien qu'indispensable au système de soins, ne permet pas d'assurer le suivi des patients et la continuité des soins. Les DMG pourraient anticiper l'arrivée d'un nouveau chef en prospectant parmi les MSU de la région en cas de besoin de médecin existant pour le proposer au jeune chef, sans lui imposer. Un accompagnement dans sa démarche de recherche d'installation pourrait être mis en place.

Enfin, concernant l'activité d'enseignement, cette étude montrait que la formation pédagogique se déroulait majoritairement pendant le clinicat et que les besoins d'enseignement entraînaient une forte implication des CC, majoritairement dans le troisième cycle. Les CC participaient activement aux enseignements en petits et en grands groupes, au tutorat, à la maîtrise de stage, sans oublier le DPC. Cette mise en responsabilité devrait cependant se faire progressivement au vu des freins rapportés, tout en respectant l'autonomie des CC. La modeste proportion des CC recevant des étudiants au cabinet témoignait des freins à l'intégration de l'activité d'enseignement au sein même de leur activité de soins. Peu d'enseignements étaient faits en deuxième cycle, du fait d'un manque de représentation suffisamment forte de l'enseignement de la médecine générale à ce stade de la formation. Pourtant, la participation des MG universitaires à ces enseignements permettrait un contact plus précoce des étudiants avec la médecine générale. Investir les CC dans l'enseignement en deuxième cycle est important pour leur reconnaissance au sein de la faculté. La certification SIDES (33 %) pourrait amorcer un changement.

Implications pour la discipline

Les CC sont amenés à intégrer des équipes d'enseignants-chercheurs ayant participé activement à la création de la FUMG. Ils étaient jeunes (médiane : 32 ans), majoritairement des femmes (sex-ratio F/H : 2,4) et près des deux tiers avaient au moins un enfant à charge. Cette population de jeunes MG, en pleine construction de leur activité de soins, contraste avec celle qui exerçait auparavant dans les DMG.

Dès le début de leur cursus, et en moins de 6 ans, les CC sont producteurs d'enseignement et de recherche. D'après cette étude, ils enseignaient entre 63 et 150 heures par an, 40 % avaient une publication indexée et 65 % avaient communiqué en congrès. Le clinicat constitue une porte d'entrée dans la discipline qui leur permet de se former à leurs missions universitaires. Le parcours pédagogique n'est pas clairement identifié en termes de critères alors que la médecine générale est en pointe dans ce domaine¹⁶. Les thèmes de recherche étaient variés et recouvraient largement le champ disciplinaire, au gré des opportunités locales de partenariat ou des projets existants. Cette variété permet l'exploration de



la plupart des champs recommandés par le *Research agenda de l'European General Practice European Network*¹⁷. Cette variété est également profitable sur le terrain, avec des travaux pertinents pour la pratique de médecine générale dirigés par des MG immergés et formés à la recherche. Pourtant, la médecine générale doit mettre l'accent sur le développement de sa recherche, catalyseur de son développement¹⁸.

La discipline peut donc s'appuyer sur ce vivier pour produire de la ressource scientifique et des enseignements généralistes, mais aussi pour alimenter la population des futurs cadres compétents en pédagogie et en recherche. Les CC sont également des professionnels qui s'installent rapidement dans une activité de soins stabilisée, tout en l'articulant au mieux avec leurs activités d'enseignement et de recherche.

Conclusion

Au fil des années, les CC de médecine générale majorent significativement leur activité de recherche, tout en conservant leur activité d'enseignement et en stabilisant leur activité de soins. Leurs thématiques de recherche et les caractéristiques de leur activité de soin sont variées et en cohérence avec le champ disciplinaire. Leur activité d'enseignement se diversifie et commence à s'orienter vers le deuxième cycle des études médicales. Cette dynamique doit se poursuivre, pour un rôle de plus en plus modélisant de l'enseignant-chercheur en médecine générale. Une attention accrue devrait désormais être portée aux freins à leur triple activité universitaire, en termes de manque de ressources, d'encadrement ou de liberté de choix.

Résumé

Contexte. Depuis 2007, 130 chefs de clinique de médecine générale ont été nommés et 13 d'entre eux sont devenus maîtres de conférences des universités par la voie du concours. La création de la sous-section 53-03 propre à la médecine générale en mars 2015 paraissait une occasion pertinente de décrire l'activité des chefs de clinique.

Objectif. Décrire les activités de soins, d'enseignement et de recherche des chefs de clinique de médecine générale en activité en octobre 2014.

Méthode. Enquête descriptive par questionnaire auto-administré en ligne. Les activités de soins, d'enseignement et de recherche ont été décrites : organisation, contenu, formation, satisfaction et perspectives.

Résultats. Parmi les 95 chefs de clinique de médecine générale en poste à la date de l'étude, 75 (79 %) ont répondu : âge moyen 32 ans ; sex-ratio FIH 2,4. Ils consacraient respectivement un nombre médian de 5, 2 et 3 demi-journées par semaine aux activités de soins, d'enseignement et de recherche. L'activité de soins était majoritairement libérale (73 %) – dont 39 % en structure pluriprofessionnelle – à raison de 50 consultations par semaine. Le nombre de patients les ayant déclarés médecin traitant augmentait significativement au cours du clinicat. L'activité d'enseignement concernait surtout le troisième cycle (médiane : 86 heures par an). Un tiers des chefs de clinique étaient maîtres de stage des universités. L'activité de recherche augmentait significativement au cours du clinicat. La majorité des chefs de clinique avaient une formation à la recherche et un projet en cours (45 % au sein d'une unité labellisée). Les thématiques de recherche étaient en rapport avec le champ disciplinaire.

Conclusion. Au cours du clinicat, la stabilisation – voire le renforcement – des activités de soins et de recherche s'accompagne d'un investissement marqué dans l'activité d'enseignement. Cette dynamique doit se poursuivre, pour un rôle de plus en plus modélisant de l'enseignant-chercheur en médecine générale.

Liens d'intérêts :

Les auteurs sont tous membres d'une structure régionale du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) et du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). OSL et PF sont membres du bureau du CNGE. MS, OSL, PF et TB sont membres du conseil scientifique du CNGE. CL et JG sont membres du conseil d'administration du CNGE. CL, DD, PF et TB sont membres du conseil d'administration du Collège de la médecine générale.

Références

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. NOR : MENS0402086A. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238> [consulté le 7 juillet 2015].
2. Arrêté du 30 avril 2004 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par inter-régions et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2004-2005. NOR : SANP0421456A. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000438666&categorieLien=id> [consulté le 7 juillet 2015].
3. Arrêté du 10 juillet 2014 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par inter-région, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire. NOR : AFSH1416661A. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029218229> [consulté le 7 juillet 2015].



4. 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. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080> [consulté le 7 juillet 2015].
5. Cazard S. État des lieux de la médecine générale universitaire. Thèse de médecine : université Paris-Est-Créteil, 2014. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/etat_des_lieux_de_la_medecine_generale_au_1er_janv [consulté le 7 juillet 2015].
6. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants. Le petit RENAR - Édition spéciale : filière universitaire de médecine générale. Neuilly-sur-Seine : ReAGJIR, 2012.
7. Arrêté du 2 décembre portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités de médecine générale offerts au recrutement au titre de l'année 2011 et fixant les modalités de candidature. NOR : ESRH1131235A. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025093092> [consulté le 7 juillet].
8. Conseil national des universités. Critères d'évaluation des dossiers pour le concours de MCU-PA de médecine générale. Disponible sur : <http://www.cpcnu.fr/web/sous-section-5301/recommandations-recrutement> [consulté le 7 juillet 2015].
9. Arrêté du 19 mars 2015 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-sections des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. NOR : MENH1507305A. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030456604&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 7 juillet 2015].
10. Schuers M, Laporte C, Saint-Lary O, et al. Bilan de l'activité des chefs de clinique après 4 ans d'activité. Bordeaux : Congrès du Collège national des généralistes enseignants, 2011.
11. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants [ReAGJIR]. Disponible sur : www.reagjir.com [consulté le 7 juillet 2015].
12. Frappé P, Schuers M. Freins au développement de la valence recherche au cours du clinicat de médecine générale : une étude qualitative. Rouen : Congrès du Collège national des généralistes enseignants, 2010.
13. Laporte C, Darmon D, Gelly J, Bonnet P, Bouchez T, Schuers M. Chefs de clinique que sont-ils devenus ? exercer 2014;116:275-9.
14. Jaen CR, Borkan J, Newton W. The next step in building family research capacity: finding the way from fellowship. Ann Fam Med 2006;4:373.
15. Laporte C, De Rosa M, Cambon B, et al. Centres hospitaliers universitaires et départements de médecine générale : des intérêts convergents pour développer la recherche en médecine générale. L'expérience de Clermont-Ferrand. exercer 2015;118:91-3.
16. 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.
17. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe - Part 1: Background and methodology. Eur J Gen Pract 2009;15:243-50.
18. Green LA. Putting practice into research: a 20 years perspective. Fam Med 2000;32:396-7.